

**CHARAKTERISTISCHE MERKMALE  
NEUER LANGZEITPATIENTEN  
IM BEZIRKSKRANKENHAUS KAUFBEUREN  
UND GRÜNDE IHRES AUFENTHALTS**

**Claudia Trenkwalder**



Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität München

Direktor: Prof. Dr. méd. Hanns Hippus

CHARAKTERISTISCHE MERKMALE NEUER LANGZEITPATIENTEN  
IM BEZIRKSKRANKENHAUS KAUFBEUREN UND GRÜNDE IHRES AUFENTHALTES

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin  
an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von  
Claudia Trenkwalder

aus  
Augsburg

Jahr

1983

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: .Prof..Dr..H..Hippius.....

Mitberichterstatter: .....

Dekan: .....Prof..Dr..W..Spann.....

Tag der mündlichen Prüfung: .....27. 5. 1986.....

Den Patienten dieser Studie  
im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren  
gewidmet



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554808\\_0123](https://archive.org/details/IA41554808_0123)

# Inhaltsverzeichnis

|                                                                                                                                  | Seite |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Einleitung                                                                                                                       | 1     |
| Das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren                                                                                                | 20    |
| Methoden                                                                                                                         | 22    |
| Ergebnisse                                                                                                                       | 28    |
| 1. Gruppe I - Patienten unter 60 Jahre                                                                                           | 28    |
| 1.1. Alters- u. Geschlechtsverteilung                                                                                            | 28    |
| 1.2. Familienstand                                                                                                               | 29    |
| 1.3. Sozialer Status und Arbeitssituation<br>vor Aufnahme                                                                        | 29    |
| 1.4. Wohnsituation vor Aufnahme                                                                                                  | 30    |
| 1.5. Rechtliche Situation                                                                                                        | 31    |
| 1.6. Zahl und Dauer der stationären Aufenthalte                                                                                  | 31    |
| 1.6.1. Aufenthaltsdauer bei Stichtag                                                                                             | 31    |
| 1.6.2. Gesamtdauer aller stationären Aufenthalte                                                                                 | 32    |
| 1.6.3. Alter bei erster psychiatrischer Behand-<br>lung und prozentuale Dauer von stationären<br>Aufnahmen seit diesem Zeitpunkt | 33    |
| 1.7. Diagnosen und Psychopathologie                                                                                              | 36    |
| 1.7.1. Diagnosenverteilung                                                                                                       | 36    |
| 1.7.2. Psychopathologie                                                                                                          | 36    |
| 1.8. Ergebnisse des DAS und IRS                                                                                                  | 37    |
| 1.8.1. DAS                                                                                                                       | 37    |
| 1.8.2. IRS                                                                                                                       | 39    |
| 1.9. Vergleichende Einschätzung der Patienten<br>durch Arzt und Pflegepersonal und<br>Selbsteinschätzung                         | 40    |
| 1.9.1. Kommunikation Arzt - Patient - Pflege-<br>personal                                                                        | 40    |
| 1.9.2. Einschätzung der Entlassungsmöglichkeiten                                                                                 | 44    |
| 2. Gruppe II - Patienten über 60 Jahre                                                                                           | 46    |
| 2.1. Soziodemographische Daten                                                                                                   | 46    |
| 2.1.1. Alter, Geschlecht und Familienstand                                                                                       | 46    |

|                                                                                                                                        | Seite |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 2.1.2. Beruf und sozialer Status                                                                                                       | 46    |
| 2.1.3. Wohnsituation vor Aufnahme                                                                                                      | 47    |
| 2.1.4. Rechtliche Situation                                                                                                            | 47    |
| 2.2. Aufenthaltsdauern                                                                                                                 | 47    |
| 2.3. Diagnosen                                                                                                                         | 48    |
| 2.4. Psychische Behinderung nach DAS und IRS                                                                                           | 49    |
| 2.5. Vergleichende Einschätzung des Patienten<br>durch Arzt und Pflegepersonal                                                         | 49    |
| Diskussion                                                                                                                             | 52    |
| 1. Charakteristische Merkmale neuer Lang-<br>zeitpatienten                                                                             | 52    |
| 1.1. Die Theorie der "jungen, männlichen, ledigen"<br>und der "älteren, weiblichen, verwitweten<br>Patienten"                          | 52    |
| 1.2. Geringe Schul- und Ausbildung und Arbeits-<br>losigkeit als Chronizitätsfaktor                                                    | 54    |
| 1.3. Zusammenhänge psychopathologischer Syn-<br>drome, Diagnosen und Aufenthaltsdauern -<br>die Etikettierung schizophrener Patienten? | 56    |
| 1.4. Das Bezirkskrankenhaus als Auffangsystem<br>sozialer, gesellschaftlicher und multi-<br>morbider Problempatienten                  | 66    |
| 2. Gründe des stationären Aufenthaltes                                                                                                 | 69    |
| 2.1. Psychische Behinderung und Hospitalismus<br>als Hinderungsgrund der Entlassung?                                                   | 69    |
| 2.2. Rückkehr in die Familie - eine Illusion<br>vieler Patienten?                                                                      | 71    |
| 2.3. Störung der Interaktion der Stationseinheit                                                                                       | 75    |
| 2.4. Gerontopsychiatrische Probleme                                                                                                    | 77    |
| 2.5. Chronische Patienten - "vergessene Patienten"?                                                                                    | 79    |
| Zusammenfassung                                                                                                                        | 81    |
| Literatur                                                                                                                              | 84    |

## I. Einleitung

"In jeder Irrenanstalt - man gehe sie mit u n b e f a n -  
g e n e n , psychiatrischen Blicken durch - finden wir  
eine Anzahl von Individuen, welche nie nach Hause in die  
alten Verhältnisse (...), zurückkehren, (...) aber deshalb  
doch nicht einer lebenslänglichen Reclusion bedürfen. Sie  
sind in der Irrenanstalt, wiewohl eigentlich alle Welt,  
am besten vielleicht der Direktor derselben fühlt, dass  
sie eigentlich einer solchen Anstalt nicht bedürfen, (...)   
sie sind eine lange Reihe von Jahren da, lediglich - weil  
man sonst nirgends mit ihnen hinweiss. Sie sind harmlos,  
ruhig, arbeitsfähig, bis zu einem gewissen Grade verständ-  
ig, in einfachen, eingewohnten Verhältnissen brauchbar,  
still und friedlich (...); langsam sterben in der Monoto-  
nie und Uniformität der Anstalt ihre Gemütsregungen ab und  
mehr und mehr werden sie zu stumpfen, die Reclusion als  
Notwendigkeit hinnehmenden Insassen des Irrenhauses."  
(Griesinger, 1872)<sup>13</sup>

In seinen nun vor über 100 Jahren erschienenen "Gesammel-  
ten Abhandlungen" zeigt Griesinger im Kapitel "Über Be-  
handlung der Geisteskranken und über Irrenanstalten" einige  
Probleme auf, die auch heute noch ihre Gültigkeit haben:  
dabei geht es um chronische Patienten, die zwar nicht mehr  
voll rehabilitiert werden können, aber der Anstalt eigent-  
lich nicht bedürfen, was dem Begriff der "Fehlplatzierung"  
(Jakubaschk, Böker 1980)<sup>16</sup> entspräche. Weiterhin klingt bei  
Griesinger auch schon der Begriff des Hospitalismus, wie  
er hundert Jahre später von Wing (1970)<sup>29</sup> in aller Ausführ-  
lichkeit untersucht und beschrieben wird, an; durch die  
"Uniformität der Anstalt" erst treten jene passiven Züge  
chronischer Patienten hervor. Doch gerade die Aussage, daß  
eine Gruppe von Patienten deswegen chronisch in der Anstalt  
verbleibt, "weil man sonst nirgends mit ihnen hinweiss",

trifft nach unserer Ansicht das Problem der heutigen chronischen Patienten in der Psychiatrie oder der "neuen Langzeitpatienten". Dabei geht es um Patienten, die erst in den letzten Jahren einen längeren stationären Aufenthalt in der Psychiatrie vorweisen (zwischen einem halben Jahr und drei Jahren), die aber aus den verschiedensten Gründen derzeit nicht entlassen werden können und Gefahr laufen, chronische Patienten mit allen Folgen des oben beschriebenen Hospitalismus zu werden. Inwieweit diese Patientengruppe von verschiedenen Autoren beschrieben und untersucht wird, soll hier dargestellt werden, immer jedoch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß auch "Neu-chronisch Kranke" viele Gemeinsamkeiten mit chronisch psychiatrischen Patienten im allgemeinen haben.

Deswegen sei mit einer wichtigen Arbeit über chronische schizophrene Patienten begonnen, an Hand derer einige soziale aber auch historische Faktoren deutlich werden, die einen Einfluß auf die Entlassung der Patienten gewinnen.

In seiner zusammenfassenden Arbeit über statistische Studien mit dem Thema "Length of Hospital Stay and Schizophrenia" geht Brown (1960)<sup>5</sup> auf die historische Entwicklung zwischen sozialen Faktoren und Chronifizierung der Schizophrenie ein. Mit dem Begriff chronisch ist hier allerdings die Länge des stationären Aufenthaltes gemeint, wobei Brown die Grenze bei einer Aufenthaltsdauer von zwei Jahren sieht, da ab diesem Zeitpunkt die Entlassungsraten deutlich abfallen. Den engen Zusammenhang zwischen sozialer und gesellschaftlicher Entwicklung und ihre Auswirkungen auf Aufenthaltsdauern schizophrener und anderer psychiatrischer Patienten zeigt Brown an einigen Beispielen: Auf der Höhe des "Moral Treatment" zwischen 1820 und 1870 gab es relativ kurze und weniger Aufenthalte als nach 1890. Zu dieser Zeit entsteht die Überzeugung einer "überwachenden Funktion der Institution", die eine große chronische Population bewirkt,

zusammen mit einem anfänglich großen therapeutischen Optimismus, der sich bis in die Dreißiger Jahre dieses Jahrhunderts langsam in einen therapeutischen Pessimismus mit einer starken Kürzung der Kosten und Pflege pro Patient umwandelt. Brown zitiert 16 verschiedene Studien aus England und den USA zwischen 1900 und 1950, greift einzelne Ergebnisse dieser vorwiegend statistischen Untersuchungen heraus und vergleicht diese bezüglich Alter der Patienten, Geschlecht, Zahl der Einweisungen, sozialer Klasseneinteilung, Familienstand und Maß der sozialen Isolation. Letztere wird durch Anzahl der Besuche von Verwandten in den ersten zwei Monaten des stationären Aufenthaltes charakterisiert. An dieser Stelle führt Brown auch eine Gruppe noch stärker isolierter polnischer Patienten mit höherer Chronifizierung an.

Mit Einführung der Psychopharmaka habe sich nicht nur die Therapie entscheidend verbessert, sondern auch die Einstellungen des Personals zu den Patienten geändert, so daß seit 1955 wieder eine optimistischere Haltung bezüglich chronischen schizophrenen Patienten zu bemerken sei, die sich in einer höheren Entlassungsrate niederschlägt.

Ziel und Ergebnis dieser Studie sind, einen Zeitraum für den Beginn eines chronischen Verlaufes anzugeben und einen Überblick über soziale Faktoren, die mit diesem Verlauf gekoppelt sind, zu geben. Nach den Ergebnissen sind hierbei zwei Jahre als Zeitraum festzulegen, die bestimmenden sozialen Faktoren liegen in der sozialen Schicht, aus der ein Patient stammt und den sozialen Kontakten, die er während seines klinischen Aufenthaltes noch zur Außenwelt unterhält. Daneben haben ältere Patienten, besonders Frauen, alleinstehende und isolierte Gruppen, wie z.B. Polen in England, eine höhere Wahrscheinlichkeit, chronische stationäre Patienten zu werden.

Magnus (1967)<sup>19</sup> wendet zum ersten Mal in einer Studie den Begriff "new chronics", der neuen Langzeitpatienten, an und definiert ihn. Er beobachtet, daß seit 1961 eine beträchtliche Anzahl Patienten, die erst zu diesem Zeitpunkt eingewiesen wurden, nun als chronisch zu bezeichnen sind, d. h. nach Magnus' Definition länger als ein Jahr stationär aufgenommen sind. Für diese Patientengruppe findet er den Begriff "new chronics", wobei sich die Bezeichnung "new" wahrscheinlich daraus ableitet, daß seit Einführung der Psychopharmaka sowie geänderter Einstellung der Ärzte und des Pflegepersonals gegenüber der Notwendigkeit von dauerndem Aufenthalt in psychiatrischen Kliniken ein Abbau "alt-chronisch-kranker" Patienten resultieren müßte und keine zusätzlichen und somit "neuen" chronischen Patienten entstehen dürften. Um die Gruppe der "altchronischen" Patienten auszuschließen werden bei den meisten folgenden Studien Begrenzungen bezüglich der Länge der Aufenthaltsdauern mit maximal zwei oder drei Jahren eingeführt. Magnus<sup>19</sup> erfaßt in dieser Arbeit nur Patienten, die zwischen 1961 und 1964 stationär im Glenside Hospital in Bristol behandelt wurden, womit diese Abgrenzung automatisch gegeben wäre.

Die Patienten werden nach Geschlecht, Familienstand, Aufenthaltsdauer, Anzahl der Einweisungen, rechtlicher Situation und Kontakten zur Außenwelt hin untersucht. Eine Diagnosenaufschlüsselung in "paranoide Schizophrenien", "andere Schizophrenien", "Affektive Störungen", "Organische Erkrankungen" und "Andere" wird vorgenommen. Dabei wird ein Viertel der Patienten für eine ambulante Betreuung vorgeschlagen und als fehl am Platze in stationärer Behandlung angesehen. Dies wird - da genügend Plätze in nicht-stationären Einrichtungen vorhanden wären - als mangelnde Kooperation der einzelnen Institutionen untereinander gedeutet.

Eine zentrale Stellung nimmt die "Dauer des Aufenthalts" schizophrener Patienten in "Institutionalism and Schizophrenia" von Wing and Brown<sup>29</sup> ein. Ziel der vergleichenden Studie von drei englischen psychiatrischen Krankenhäusern ist es, Gründe zu finden, warum einige schizophrene Patienten länger stationär aufgenommen sind, teilweise über Jahrzehnte, und wie dies verhindert werden könnte. Dabei soll die Theorie einer Form von "social poverty" in der Umgebung des chronischen Patienten bestätigt werden, die mit einer "clinical poverty", bestehend aus der sog. "Minus-symptomatik" schizophrener Patienten, eng korreliert sei. Weiterhin soll gezeigt werden, daß der Begriff des "institutionalism", zu deutsch etwa "Hospitalismus", abhängt von jenem förderungsarmen Milieu, in dem Patienten mit einem hohen Maß an "social and clinical poverty" leben. Außerdem korreliere das Maß an Hospitalismus, gemessen an dem fehlenden Wunsch, entlassen zu werden, mit der Länge des Aufenthalts.

Ziel der Studie ist es auch, die Entwicklung zwischen 1960 und 1968 darzustellen und Unterschiede bzw. Verbesserungen in diesem Zeitraum in den drei Kliniken aufzuzeigen. Es werden in jedem Krankenhaus 120 bzw. einmal nur 73 Frauen unter 60 Jahren mit der Diagnose Schizophrenie und einer Aufenthaltsdauer über zwei Jahren ausgewählt. Innerhalb einer Woche werden die Patientinnen jeweils befragt, genau so wird nach zwei, nach vier Jahren und im Jahr 1968 noch einmal verfahren. Die klinische Situation wird mit einem standardisiertem Interview eingeschätzt, das auf einer Fünf-Punkte-Skala die Symptome "Affektverflachung, Spracharmut, Sprachinkohärenz, und zusammenhängend ausgedrückte Wahnvorstellungen" beurteilt. Das Pflegepersonal füllt für jeden Patienten eine "Ward behaviour rating scale" (Wing 1961)<sup>29</sup> aus. Die Patienten selbst werden bezüglich ihrer Einstellung zu einer möglichen Entlassung befragt und je nach Haltung in eine der fünf abgestuften Gruppen

unterteilt. Die durchschnittliche Neuroleptika-Dosis in Milligramm wird ermittelt.

Bezüglich der sozialen Bedingungen werden die persönlichen Gegenstände, die einem Patienten gehören, aufgelistet, ein Zeitplan erstellt, wie der Patient genau seinen Tag verbringt und an welchen Aktivitäten er teilnimmt. Die Meinung des Pflegepersonals über die Fähigkeit des Patienten, sich im täglichen Leben zurechtzufinden und Verantwortung übernehmen zu können, wird an Hand von dreizehn Fragen eingestuft. Die Beschäftigungen des Patienten werden von "Arbeiten außerhalb der Klinik" bis zu "keinerlei Beschäftigung" in zwölf Kategorien eingeteilt. Der Kontakt zur Außenwelt wird bezüglich Besuche des Patienten zu Hause und Besuchern, die in die Klinik kommen, eingeschätzt. Der Grad des restriktiven Verhaltens des Pflegepersonals wird detailliert aufgeschlüsselt. Nach einer Beschreibung der drei Hospitäler werden diese an Hand der oben erwähnten Untersuchungen miteinander verglichen. Zusammen mit den Ergebnissen wird der Begriff des "institutionalism" diskutiert: eine Patientin, die wenig Kontakt mit der Umwelt hat, besitzt wahrscheinlich auch wenig Gegenstände, hat wenig sinnvolle Beschäftigung, verbringt viel Zeit mit Nichtstun und wird pessimistisch von den Schwestern eingeschätzt.

Diese Charakteristiken zusammen mit einem hohen Maß an "clinical poverty" sind mit einer negativen Haltung bezüglich der Entlassung korreliert, dem Hospitalismus, der unabhängig davon mit der Länge des Aufenthaltes, wie eingangs schon postuliert, zunimmt. Produktive Symptomatik, Inkohärenz der Sprache und zusammenhängend ausgedrückte Wahnvorstellungen sind relativ selten anzutreffen und mehr mit einem kurzen Aufenthalt korreliert. Familienstand und Beruf des Vaters spielen keine Rolle bezüglich der Länge des Aufenthaltes, Neuroleptika nur soweit, als ältere Patienten eine niedrigere Dosis erhalten.

Im weiteren Verlauf werden die Verbesserungen der sozialen Umgebung, andere Einstellungen des Personals und Änderungen bezüglich der Beschäftigungen der Patienten aufgezeichnet. An Hand dessen wird - wiederum die drei Hospitäler im Vergleich - eine Änderung des sozialen und klinischen Bildes festgestellt und deren Korrelation bewiesen.

Nach denselben Kriterien werden 45 Patienten - allerdings sowohl männlich wie weiblich - eines amerikanischen "County Hospital's" untersucht und mit den anderen Ergebnissen verglichen. Das Ergebnis läßt den Schluß zu, daß man durchaus zwei derartige Patientengruppen auch in verschiedenen Ländern vergleichen könne und daß die materielle Ausstattung der amerikanischen Klinik über dem eines britischen Durchschnittshospitals liegt, dafür aber teilweise stärker ausgeprägte Restriktionen vorherrschen als in britischen Kliniken.

Zusammenfassend stellt Wing unter anderem die Frage, die in ähnlicher Weise auch in vielen anderen Arbeiten wieder erscheint: Ist die Minussymptomatik eine primäre Behinderung, die krankheitsspezifisch begründet ist?

Das hieße, "daß die Schizophrenie unausweichlich ihr eigenes soziales Umfeld erzeugt"<sup>29</sup>.

Dies ist allerdings nur möglich, wenn das Personal es zuläßt und den zurückgezogenen Patienten keine Stimulation bietet. Eine Verbesserung der klinischen Situation dieser Patienten durch soziale Stimuli wird bewiesen, eine Verschlechterung von Patienten mit produktiver Symptomatik durch diese Maßnahmen kann nicht festgestellt werden.

Zum Schluß stellt Wing noch einige Prinzipien zur Organisation einer Sozialtherapie, die er aus seinen Ergebnissen folgert, dar: Die Zeit, die der Patient mit Nichtstun verbringt, muß verkürzt werden, Aufbau einer "therapeutischen Gemeinschaft" angestrebt werden, Patienten müssen sich mehr selbst versorgen - um einige Punkte zu nennen.

Die Zukunft der Psychiatrischen Kliniken sieht er in Berücksichtigung der "community care" oder "gemeindenahen Psychiatrie" im System der psychiatrischen Versorgung.

Mit dieser neuen Form der Aufteilung psychiatrischer Dienste beschäftigt sich Wing auch in dem zwei Jahre später erschienenen Buch "Evaluating a Community Psychiatric Service"<sup>20</sup>, das er zusammen mit A.M. Hailey herausgab. Dort findet sich in einer Studie von Sheila Mann und Jane Sproule (1972)<sup>20</sup> auch wieder der Begriff der "new long-stay"-Patienten. Dabei wird nun ein klar definierter Zeitraum, nämlich Aufenthaltsdauern zwischen einem halben Jahr und drei Jahren, gesetzt. Im Gegensatz zu den "alt-chronischen" Patienten sehen Mann und Sproule hier das Problem, daß diese Gruppe noch nicht lang genug in der Klinik verweilt, um hospitalisiert zu sein nach Wing<sup>29</sup>, jedoch für eine Einschätzung und Stabilisierung der klinischen Bedingung hätte dieser Zeitraum ausreichen müssen. Deshalb sei die Problematik dieser Patienten anderswo zu suchen. Ziel ist es, primäre und sekundäre Beeinträchtigungen der Patienten zu erfassen und die Haltung der Angehörigen zu einer möglichen Entlassung festzustellen, so daß abgeschätzt werden kann, wieviele Plätze weiterhin für stationäre Patienten gerechnet werden müssen und welche anderen Institutionen alternativ zur Aufnahme dieser Patientengruppe eingerichtet werden müßten.

Es werden alle Patienten aus Camberwell untersucht, die in einer Stichtagswoche länger als ein halbes Jahr und kürzer als drei Jahre stationär aufgenommen sind unter Ausschluß der Patienten mit fortschreitenden zerebralen Erkrankungen. Neben einer Erfassung der Psychopathologie mit Hilfe des Present State Examination (Wing, Cooper, Sartorius 1972)<sup>30</sup> werden die Patienten nach ihren zukünftigen Plänen, Wünschen und Haltungen bezüglich der Entlas-

sung befragt. Ein Soziologe interviewt mit Erlaubnis des Patienten dessen Verwandte bezüglich Verhalten und sozialem Umfeld vor der Einweisung und eventuellen Haltungen und Erwartungen der Familie bei Entlassung.

Die Ansicht des behandelnden Arztes und - wo möglich - des Sozialarbeiters über die soziale Situation und Einschätzung des Patienten wird eingeholt und der untersuchende Psychiater fertigt nach Diskussion mit dem Arzt und Pflegepersonal eine Diagnose. Nach Sammlung dieser Daten teilen der Untersucher und der Soziologe die Patienten in acht Gruppen ein, die jeweils eine für den Patienten "ideale" Lösung für dessen zukünftige soziale Situation darstellen soll.

Insgesamt umfaßt die Studie 62 Patienten im Alter von 16 bis 83 Jahren, die neben den oben erwähnten Kriterien auch bezüglich Alter, Geschlecht, Familienstand und sozialem Status befragt werden.

Bei den Ergebnissen fällt auf, daß die Patienten zum Großteil zu ihren Angehörigen zurückwollen, während deren Haltung eher ablehnend ist. So stellt sich das Problem, Patienten von der Notwendigkeit eines Lebens in einer Institution zu überzeugen, das von weiterem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik über "beschützte Heime", "Einrichtungen speziell für ältere Patienten", "selbständiges Wohnen" bis zu "Leben zu Hause mit Verwandten" - wo möglich - reicht. Zum Schluß wird eine Tagesklinik, die die Patienten von "beschützten Wohnungen" aus besuchen, als Alternative zur Diskussion gestellt.

Zu dem Problem der Tagesklinik erscheint im selben Jahr (1972) eine Studie von Cross, Hassall und Gath<sup>8</sup>, in der festgestellt wird, daß Tagesklinik-Patienten diese nicht als Übergang zur Autonomie oder Wiedereingliederung nutzen können, sondern daß ein gewisser Prozentsatz nach der stationären psychiatrischen Behandlung primär chronisch in der Tagklinik verbleibt, (wobei es in England

mehr Tageskliniken gibt, die meist größere Patientenzahlen als deutsche Tageskliniken aufweisen und insgesamt schon länger etabliert und evtl. institutionalisiert sind). Dabei werden soziodemographische Daten, Diagnosen und Krankheitsdauer von 647 Patienten aus den sieben Tagkliniken in Birmingham erfaßt. Zwölf Monate nach einem Stichtag werden Entlassungsmöglichkeiten über Befragungen von Ärzten und Pflegepersonal zu ermitteln versucht. Ziel dieser Studie liegt vor allem in der Darstellung dieser Situation und der Häufigkeit, mit der die Tagkliniken besucht wurden. Dabei fällt auf, daß Patienten, die schon längere Zeit vor dem Stichtag Tagklinikpatienten waren, innerhalb des betrachteten Jahres eine nur sehr geringe Entlassungsrate haben, ebenso Patienten, die in den größeren Tageskliniken untergebracht sind. In diesen sind über die Hälfte der Patienten nach einem Jahr noch nicht für eine Entlassung geeignet, so daß hier die Frage "Psychiatric day-care - the new chronic population?" doch sehr berechtigt scheint.

Es wird immer offensichtlicher, daß nicht nur stationäre Patienten in psychiatrischen Kliniken, sondern auch Tagespatienten und Bewohner von psychiatrischen Heimen bezüglich ihrer Aufenthaltsdauern und ihrer sozialen Isolation als chronisch Kranke zu bezeichnen sind.

So erscheint 1974 von A.M. Hailey eine Studie, die nach den Daten des Camberwell Register's auch die oben genannten Gruppen erfaßt. Zweck dieser Arbeit ist es, die Anhäufung von "new long-stay"-Patienten in den verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen zu erfassen. "Long-stay" wird dabei definiert als Patient, der länger als ein Jahr "als entweder stationärer Patient oder Tagespatient oder Heimbewohner" eine der psychiatrischen Einrichtungen in Anspruch nimmt. Die Entwicklung wird von 1964 bis 1972 verfolgt. Wie in ähnlichen Studien werden auch hier sozio-

demographische Daten und Diagnosen ermittelt. Bei den stationären Patienten wird eine obere Grenze von drei Jahren Aufenthaltsdauer festgesetzt. Tagespatienten, die mit der obigen Studie von Cross<sup>8</sup> verglichen werden, weisen auch hier zu 44% einen Aufenthalt über ein Jahr auf. Die Gruppe der Heimbewohner besteht im Jahr 1972 nur aus 21 Patienten im Gegensatz zu 85 "new long-stay inpatients" und 118 Tagklinikpatienten. Insgesamt erfolgt im Zeitraum von acht Jahren eine Kumulation von 141 neuen chronischen Patienten, das entspricht einer Rate von 87 auf 100.000 Einwohner. Dies dient als Grundlage für Berechnungen von weiteren Einrichtungen, insbesondere von "mehr Heimen und einer effektiveren Art von Tagespflege"<sup>15</sup> für diese Patienten, die scheinbar eine langdauernde Betreuung benötigen.

Eine der ausführlichsten Arbeiten über dieses Thema erstellen Sheila Mann und Wendy Cree: "'New' long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1971/72"<sup>21</sup>.

Dabei gehen die Autoren von der Ansicht aus, daß Patienten nur in der Akutphase psychiatrisch stationär behandelt werden sollten, ansonsten außerhalb der Klinik evtl. in einer anderen Institution betreut werden. Deshalb sollte die Population der "new chronics", die bei dieser Studie 21% der gesamten stationären Patienten darstellt, genauer untersucht werden und die Gründe ihres Aufenthaltes sowie effektivere Auswege erörtert werden.

Patienten im Alter von 15 bis 64 Jahre, die zwischen ein und drei Jahren stationär aufgenommen sind, werden ausgewählt und randomisiert, so daß schließlich fünfzehn repräsentative Kliniken jeweils innerhalb einer Woche untersucht werden. Der erste Tag dieser Woche gilt dabei als Stichtag. Patienten zählen auch als entlassen, wenn sie innerhalb 24 Stunden wieder aufgenommen werden.

Bezüglich klinischem Stand zu Beginn der Aufnahme, Zahl der Aufnahmen und Therapie werden die Daten der Krankengeschichte entnommen, Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiter werden befragt nach Grund des stationären Verbleibs, der Aufnahme und möglichen Alternativen. Die Patienten selbst sollen Auskunft geben, ob sie sich als krank bezeichnen würden, ob sie Kontakt zu Verwandten hätten und ob und wohin sie entlassen werden möchten. Mit allen gesammelten Informationen erstellt das Untersuchungsteam eine möglichst ideale Aufteilung der Patienten nach ihren Bedürfnissen. Ein zweites Team macht dasselbe mit einer randomisierten Stichprobe. Dabei werden die Patienten in die folgenden acht Gruppen aufgeteilt: Gruppe 0 beinhaltet Patienten, die nur verwaltungstechnisch stationär aufgenommen sind, die aber nicht mehr in der Klinik übernachten, sozusagen "langen Urlaub" genießen, ohne völlig von der Klinik getrennt zu sein. Gruppe 1 besteht aus Patienten, die wegen psychiatrischen Störungen eine 24-Stunden-Aufsicht benötigen, Gruppe 2 aus Patienten, bei denen ein therapeutischer Erfolg in Kürze zu erwarten ist und die dann entlassungsfähig sind. In Gruppe 3 findet man Patienten, die eine erhebliche evtl. auch fachlich geschulte Betreuung benötigen, wenn möglich aber in einer gemeindenahen Einrichtung. Gruppe 4 hingegen benötigt nur eine geringe Aufsicht, nicht den ganzen Tag über. Patienten, die zur Gruppe 5 zählen, können alleine oder mit Verwandten leben, ohne soziale "Störungen" zu erzeugen. Zu Gruppe 6 werden all diejenigen gerechnet, die das psychiatrische Krankenhaus jeder anderen Institution vorziehen und hierfür ihre ganz eigenen Gründe vorbringen, die sog. "asylum seekers" (Asylsuchende). Patienten der Gruppe 7 benötigen vor allem dauernde Pflege, meist wegen physischer Gebrechen oder Demenz. Wenn diese Patienten nicht ganztags Pflege benötigen oder keine Pflegefachkraft wer-

den sie zu Gruppe 8 gerechnet. In Gruppe 9 schließlich finden sich Patienten, die körperlich behindert, blind oder primär geistig zurückgeblieben sind ohne klare psychiatrische Begleiterkrankung.

Von den zehn randomisierten Kliniken werden 400 Patienten ausgewählt, bei denen wiederum von 79 nur unvollständig die Daten erhoben werden können, weil die Patienten entweder an fortgeschrittener Demenz leiden, nicht verfügbar sind, da sie auf Urlaub sind, oder das Interview verweigern. Neben den soziodemographischen Daten, die ähnliche Ergebnisse wie in anderen Studien zeigen, werden sozialer Status des Vaters des Patienten erhoben und mit dem des Patienten verglichen. Außer den psychiatrischen Diagnosen wird in 15% der Patienten eine körperliche Behinderung festgestellt. Interessant nimmt sich auch der Vergleich der Aussagen von Ärzten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern aus: Jeweils für ein Drittel der Patienten wird der Aufenthalt für notwendig befunden. Die Gründe des Klinikaufenthaltes werden dann jeweils wieder nach den 9 Gruppen getrennt betrachtet. Während Gruppe 1 und 2 vor allem wegen noch ausgebliebenem therapeutischen Erfolg oder langdauernder psychotischer florider Symptomatik stationär aufgenommen ist, besteht Gruppe 3 vor allem aus potentiellen Tagklinikpatienten, die an der Unfähigkeit leiden, alltäglich Dinge selbst zu erledigen.

Die Gruppen 4 und 5 könnten in Heime oder therapeutische Wohngemeinschaften verlegt werden, da sie nur geringe Aufsicht benötigen. Wieviele Patienten in Gruppe 5 nun tatsächlich nach Haus entlassen werden können, bleibt etwas ungewiß, da das Forschungsteam die Familienverhältnisse nicht kennt und berücksichtigen kann. Gruppe 6, die "asylum seekers", wird auf die anderen Gruppen je nach individuellem Bedarf an Betreuung aufgeteilt. Bei den Gruppen 7, 8 und neun sieht das therapeutische Team keine

andere Möglichkeit als den stationären Verbleib, weil keine andere Organisation für diese Patienten verantwortlich ist, obwohl oft psychiatrische Symptome in den Hintergrund treten vor neurologischen und pflegerischen Problemen. So kommen Mann und Cree zu dem Ergebnis, daß 25 "new long-stay"-Patienten auf 100.000 Einwohner ihrer Studie treffen und die Behandlung dieser Patienten eine Reihe von "Zwischeninstitutionen" erfordern würde mit verschiedenen Ausprägungen der Betreuung. Derzeit erscheint jedoch nur das psychiatrische Krankenhaus so flexibel zu sein, all diese Patienten aufzunehmen, die mit den unterschiedlichsten Diagnosen und Graden an "psychischer Behinderung" eingewiesen werden.

Da dieses Problem der "psychischen Behinderung" - was immer man nun genau als solche definieren mag - immer wieder im Zusammenhang mit den "new long-stay"-Patienten auftaucht, sei hier auch kurz der Artikel von Schwarz und Michael (1977)<sup>23</sup> erwähnt, der ein Jahr nach der Studie von Mann und Cree erschien. Dabei wird versucht, ein Modell der psychischen Behinderung aufzustellen, das aus mehreren Komponenten besteht:

Zur prämorbidem Behinderung zählen "mangelhafte Schul- und Berufsbildung und körperliche Störungen, aber auch die prä-morbide Persönlichkeitsstruktur"<sup>23</sup>. Als primäre Behinderungen gelten direkte Krankheitsfolgen und ihre psychopathologischen Symptome wie schizophrene Isolierung und Störung des Realitätsbezuges.

Sekundäre Behinderungen, die dem Begriff des "Institutionalismus" nach Wing<sup>34</sup> entsprechen, sind eine Folge "des langen Verharrens des Kranken in einer Anstalt, deren isolierendes und entmündigendes Milieu regressiven Tendenzen des Patienten entgegenkommt, so daß auch einfache soziale Fähigkeiten verlernt werden können"<sup>23</sup>. Schwarz und Michael sind der Meinung, daß sich Behinderung oder

"disability" nur gemeinsam durch eine Beeinträchtigung von inneren Faktoren oder eine Funktionseinschränkung durch die Krankheit ("impairment") mit hinzukommenden Außenfaktoren, z.B. Ausbildung, Familie, Freizeit, Arbeit entwickelt. Um den Grad und die Art der Behinderung herauszufiltrieren, müssen Untersuchungen eine "getrennte Einschätzung von Krankheit (Symptomen), Funktionseinschränkung durch Krankheit (Beeinträchtigung oder impairment) und Außenfaktoren erlauben"<sup>23</sup>.

Der Begriff der "psychischen Behinderung" taucht in den letzten Jahren immer mehr in der Literatur auf, wobei psychisch behinderte Patienten oft ohne akute psychiatrisch zu therapierende Erkrankung stationär aufgenommen sind. Dafür gebrauchen Jakubaschk und Böker (1980)<sup>16</sup> den Begriff der "Fehlplazierung" in ihrer Arbeit über eine Bestandsaufnahme der Berner Universitätsklinik.

Sie verstehen unter Fehlplazierung eine Einrichtung, "die für die Behandlung des Grundleidens nicht oder nicht ausreichend ausgestattet ist, oder die Unterbringung in einer Einrichtung, deren Behandlungsangebote der Patient nicht benötigt."<sup>16</sup>

Ziel der Studie ist eine Bestandsaufnahme an Hand von soziodemographischen Daten, Diagnosen, organischen Erkrankungen, sensorischen oder körperlichen Behinderungen, Pflegebedürftigkeit und der von Ärzten und Pflegepersonal erfragten Notwendigkeit der psychiatrischen Behandlung. Daraus soll erschlossen werden welche "organisatorischen und strukturellen" Umwandlungen notwendig seien. Dabei werden nach oben genannten Kriterien 36% der Patienten (Gesamtpopulation 551) als fehlplaziert bezeichnet. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Einrichtung von autonomen Rehabilitations- und Pflegeabteilungen, einer Nachtklinik und einem Wohnheim. Eine gewisse Fehlplazierung müsse allerdings in Kauf genommen werden, da für einige Patienten die

Entlassung keine Verbesserung ihrer Situation bedeuten würde, da sie sich bereits seit Jahren ein "Heimrecht" erworben haben. Deswegen muß aber trotzdem eine Akkumulation "neuer" Langzeitpatienten verhindert werden, um insgesamt eine Verringerung der Bettenzahl zu erreichen.

Um Planung von wahrscheinlich benötigten Bettenzahlen geht es in der Studie von Häfner: "First Evaluation of the Mannheim Community Mental Health Service" (1980)<sup>14</sup>.

Mit Hilfe des Mannheimer Fallregisters sollen die Entwicklungen zwischen 1973 und 1977 bezüglich der Ausnützung von verschiedenen stationären Einrichtungen innerhalb eines Netzes von gemeindenahen psychiatrischen Einrichtungen verfolgt werden. Es zeigt sich, daß in den ersten drei Jahren dieses Service-Systems ein kontinuierlicher Anstieg von "new chronics" zu verzeichnen ist, der sich aber noch mit dem Abbau der alt-chronisch Kranken die Waage hält. Über das weitere Verhältnis dieser beiden Gruppen zueinander läßt sich noch wenig sagen.

Ebenfalls 1980 erscheint eine Studie, die sich ausschließlich mit dem Problem der "new long-stays" beschäftigt (Babiker 1980)<sup>1</sup> und zum Ziel hat, zwei verschiedene Kriterien von "Langzeit", nämlich einmal einen kontinuierlichen Aufenthalt von sechs Monaten, zum anderen einen Aufenthalt von einem Jahr zu vergleichen; es sollen mögliche Zuordnungen zwischen sozialen und klinischen Variablen herausgefunden und ihre Beziehung zu Langzeitpatienten hergestellt werden.

Sowohl die Gruppe, die einen sechsmonatigen Aufenthalt aufweist, wie auch die Gruppe des einjährigen Aufenthaltes werden exakt mit den gleichen Methoden untersucht. Mit einem halbstrukturierten Interview werden Anamnese, soziales Umfeld, Umstände der Aufnahme, Erfahrungen während des stationären Aufenthaltes und Kontakte zur Außenwelt erfragt. Symptome werden mit der Brief Psychiatric Rating Scale beurteilt, eine Diagnose nach Feighner's Criteria<sup>12</sup> erstellt.

Eine weitere Diagnose wird vom behandelnden Arzt abgegeben, der den Patienten auch bezüglich Beschäftigungsmöglichkeiten und Entlassung in eine Gemeindeinstitution beurteilt. Das Pflegepersonal füllt die "Ward Behaviour Scales" nach Wing<sup>29</sup> aus. Nach sechs Monaten werden die Patienten auf dieselbe Weise noch einmal untersucht. Es stellt sich heraus, daß die beiden Gruppen von Patienten mit 6 bzw. 12-monatigem Aufenthalt sich kaum unterscheiden, außer daß die Patienten mit Aufenthalt ein Jahr noch etwas älter sind, mehr an organischen Erkrankungen leiden und noch geringere Aussichten einer Rehabilitation besitzen. Es werden Eigenschaften zusammengestellt, die eine frühe Identifizierung von potentiellen Langzeit-Patienten erlauben würden.

Dabei soll betont werden, daß verschiedene Faktoren zu verschiedenen Zeitpunkten des stationären Aufenthalts relevant werden, z.B. ist das Geschlecht nur in den ersten sechs Monaten entscheidend, dabei hätten Patientinnen eine größere Wahrscheinlichkeit, chronisch zu verbleiben.

Danach gleicht sich das Verhältnis wieder aus. Über 65 Jahre sei nur noch das Alter ein entscheidendes Entlassungskriterium. Die soziodemographischen Daten stimmen weitgehend mit anderen Studien überein, auffallend ist eine hohe Quote (44%) von organischen Störungen. Babiker kommt zu einem eher pessimistischen Schluß, da viele Probleme, die mit der Entlassung dieser Patienten zusammenhängen, nicht unbedingt mit dem klinischen Status korrelieren und von seiten des Psychiaters oft gar nicht angesprochen werden können. Außerdem müßte eine Entlassung nicht unbedingt mit klinischer und sozialer Verbesserung einhergehen.

Zum Schluß sei noch eine interessante Studie erwähnt, die sich allerdings nur mit schizophrenen Patienten beschäftigt und dabei eine Gruppe von stationären mit entlassenen Patienten vergleicht. Dabei soll man der Lösung des Problems näherkommen, ob das Rückzugsverhalten und die "Minus-symptomatik" schizophrener Patienten ein krankheits-

spezifisches Symptom sind oder eine Folge des Institutionalismus. Patienten werden nach Feighner's Criteria<sup>12</sup> diagnostiziert; genauso wie eine vorher stattgehabte Studie über stationäre Patienten werden nun seit mindestens fünf Jahren entlassene Patienten untersucht. Nach der Krankengeschichte wird die Syndrome Check List of the Present State Examination (Wing 1974)<sup>30</sup> ausgefüllt. Neben einem neurologischen Status werden die geistigen Fähigkeiten der Patienten untersucht, sowie eine Skala für chronische Psychosen von Krawiecka und die "Current Behavioural Schedule" von Owens and Johnstone benutzt.

An Hand dieser Untersuchungen kommen Johnstone und Cunningham zu dem Ergebnis, daß "die schweren Defizite, die in der gesamten Studie gefunden wurden, auf den Krankheitsprozeß, an dem diese Patienten leiden, zurückzuführen sind und nicht auf die Umstände der jeweiligen Behandlung"<sup>17</sup>. Dieses Ergebnis kommt allerdings nur zustande, wenn man Patienten mit gleicher Krankheitsdauer vergleicht, steht allerdings in starkem Gegensatz zu den Ergebnissen von Brown<sup>5</sup> und Wing and Brown<sup>29</sup> sowie Tendenzen, die die oben angeführten Studien fast alle aufgreifen. Es muß aber nochmals betont werden, daß es sich hier nur um schizophrene Patienten handelt, die nicht mit der Gruppe der "new chronics" übereinstimmen.

Bei einer zusammenfassenden Betrachtung der aufgeführten Literatur stellen wir fest, daß das Problem der neuen Langzeitpatienten fast ausschließlich in englischen Studien angesprochen und genauer untersucht wurde. Weiterhin fällt dabei eine deutliche Zuordnung von sozialen Daten, Alters- und Geschlechtsverteilung auf, die bei den meisten Arbeiten eine große Übereinstimmung zeigt. Die Diagnosen der Patienten sind relativ breit gestreut, jedoch je nach Klinik und Definitionskriterien der Studien ergeben sich schwerpunktmäßige Verteilungen.

Genauere psychopathologische Angaben der "new chronics" können wir wenige finden - außer in den Arbeiten, die sich allgemein mit chronischen Patienten befassen. Das Thema "psychische Behinderung" wird dagegen in vielfältiger Weise angesprochen; es fehlen jedoch immer noch eindeutige Definitionen des Begriffs und normierte Fragebögen, um Patienten verschiedener Studien miteinander vergleichen zu können.

Schließlich wird der Interaktion von Arzt, Patient und Pflegepersonal und Fremd- sowie Eigeneinschätzung der Patienten in der Literatur nur ein kleiner Raum zugeteilt, ausführlich beschäftigen sich nur Wing (1970)<sup>29</sup> und Mann (1976)<sup>21</sup> mit diesen Problemen.

Auf jene eben erwähnten Themen Bezug nehmend wollen wir feststellen, ob die Patientengruppe der neuen Langzeitpatienten mit ihrer spezifischen Definition auch im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren zu finden ist. Dabei interessiert uns, inwieweit diese Gruppe den englischen Patienten in ihren soziodemographischen Daten entspricht und sich somit vergleichbar zeigt.

Weiterhin sollte nicht nur eine statistische Studie aus Daten der Krankengeschichte entstehen - wie viele Arbeiten der Vergangenheit bereits darstellen - sondern ein aktuelles klinisches Bild der Patienten entworfen werden, das die derzeitigen psychopathologischen Symptome, Diagnose und evtl. Mehrfachdiagnosen, das Ausmaß der psychischen Behinderung, sowie Einschätzung von seiten der Ärzte und des Pflegepersonals enthält.

Hierbei erscheint es uns wichtig, daß sowohl das Kontaktverhalten des Patienten wie auch das des Arztes zum Patienten deutlich wird. Weiterhin stellt sich uns die Frage, inwieweit diese "new chronics" schon hospitalisiert sind im Sinne Wing's und welche Möglichkeiten der Entlassung individuell für die Patienten bestünden und welche Einrichtungen dafür notwendig und sinnvoll wären.

## Das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Das Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren, das vom Bezirk Schwaben unterhalten wird, hat ein Aufnahmegebiet von 841.614 Einwohnern (Stand vom 1.7.1982).

Seit einigen Jahren wird dort - wie auch in anderen großen Bezirks- oder Landeskrankenhäusern - versucht, den Umbruch im psychiatrischen Denken und psychiatrischer Therapie zu vollziehen.

Dies gelingt nur unter zögernder Aktivierung von Patienten und Pflegepersonal. Man ist z. Zt. bemüht, eine Zusammenarbeit mit ambulanten Einrichtungen, teilweise im Sinne einer gemeindenahen Betreuung, herzustellen. Weiterhin wird versucht, die Praxis der Heimverlegung in große Pflegeheime zu unterbinden und durch kleinere Einrichtungen zu ersetzen.

Die Bettenzahl, die bis zum Jahre 1972 um 1400 schwankte, wird zu reduzieren versucht. Bei Beginn unserer Studie umfaßte die psychiatrische Abteilung des Bezirkskrankenhauses 823 stationäre Patienten. Eine weitere Herabsetzung der Anzahl der stationären Patienten wird angestrebt. Seit Mitte 1981 ist dem Bezirkskrankenhaus außerdem eine Ambulanz angegliedert.

Einige Daten aus dem Jahresbericht 1982 sind zur Verdeutlichung der Versorgungsart und der Verweildauern in den folgenden Tabellen dargestellt:

### Dauer des Anstaltsaufenthaltes der Entlassenen

(ohne Neurologie und Verstorbene)

|                  | <u>Männer</u> | <u>Frauen</u> | <u>Zus.</u>  |
|------------------|---------------|---------------|--------------|
| bis zu 3 Monaten | 1.074         | 1.036         | 2.110        |
| bis zu 6 Monaten | 145           | 120           | 265          |
| bis zu 9 Monaten | 45            | 39            | 84           |
| bis zu 1 Jahr    | 18            | 17            | 35           |
| bis zu 2 Jahren  | 27            | 25            | 52           |
| mehr als 2 Jahre | 26            | 31            | 57           |
|                  | <u>1.335</u>  | <u>1.268</u>  | <u>2.603</u> |

Verweildauer der am 1. Juli 1982/00.00 Uhr anwesenden Patienten

| <u>Psychiatrie</u> |            |            |             |
|--------------------|------------|------------|-------------|
|                    | <u>Mä.</u> | <u>Fr.</u> | <u>Zus.</u> |
| bis zu 3 Monaten   | 96         | 113        | 209         |
| bis zu 6 Monaten   | 72         | 52         | 124         |
| bis zu 1 Jahr      | 42         | 37         | 79          |
| bis zu 2 Jahren    | 32         | 27         | 59          |
| bis zu 5 Jahren    | 32         | 29         | 61          |
| bis zu 10 Jahren   | 50         | 29         | 79          |
| bis zu 20 Jahren   | 50         | 22         | 72          |
| über 20 Jahre      | 65         | 37         | 102         |
|                    | 439        | 346        | 785         |
|                    | =====      | =====      | =====       |

Anzahl der nach §§ 63, 64 StGB Untergebrachten

(Stand vom 31.12.1982)

|                  | <u>Mä.</u> | <u>Fr.</u> | <u>Zus.</u> |
|------------------|------------|------------|-------------|
| Nach § 63 StGB   | 27         | 1          | 28          |
| Nach § 64 StGB   | 12         | -          | 12          |
| Nach § 126a StPO | 10         | -          | 10          |

## Methoden

Die Patienten der Studie wurden nach Stichtag ermittelt. Als zugehörig galt, wer am 1. September 1982 kontinuierlich stationär länger als 6 Monate und kürzer als 3 Jahre aufgenommen war. Unterbrechungen von weniger als 4 Wochen wurden nicht als solche aufgefaßt. Ebenfalls zählten Patienten, die in dem gegebenen Zeitraum oftmals aufgenommen und wieder entlassen worden waren, zwischen deren letzter Entlassung und Wiederaufnahme jedoch nicht mehr als 4 - 5 Wochen lagen, zur Studie.

Die persönlichen Daten der Patienten, rechtliche, soziale und beruflich-familiäre Situation, Krankheitsverlauf, Aufnahmediagnose sowie derzeitiges Zustandsbild aus der Sicht des behandelnden Arztes, Zahl und Dauer ambulanter und stationärer psychiatrischer Behandlungen wurden der Krankengeschichte entnommen.

Anschließend fand - soweit möglich - ein klinisches Interview statt, das das derzeitige psychopathologische Bild der Patienten und die aktuelle Situation und Problematik der Entlassungsmöglichkeit klären sollte.

Eine sehr ausführliche Erhebung des psychopathologischen Befundes an Hand des Present State Examination (PSE, Wing, Cooper, Sartorius, v.Cranach, 1978)<sup>32</sup> konnte nur mit einem Drittel der Patienten durchgeführt werden. Bei einigen Patienten mit schizophrenen Residualzuständen war die Verbalisationsfähigkeit für eine adäquate Durchführung des PSE nicht ausreichend, bei Patienten mit organischen Störungen und chronischer Alkoholabhängigkeit verzichteten wir ebenfalls auf eine Befragung mit PSE.

Für alle untersuchten Patienten wurde vom Interviewer die Impairments Rating Scale (IRS) der WHO ausgefüllt (WHO Collaborative Study on Assessment and Reducing Psychiatric Disability, 1977)<sup>27</sup>.

Die Beurteilung erfolgte jeweils nach dem Gespräch mit dem Patienten. Dabei wurden - jeweils in die Grade "keine Störung" - "geringe Störung" - "schwere Störung" eingeteilt - die Bereiche "Kommunikation", "Geistige Fähigkeiten, Reizverarbeitung" und "Aktivität/Rückzugsverhalten" untersucht.

Diese Themenkreise waren jeweils in vier Unterpunkte aufgegliedert: Das entsprach beim Thema "Kommunikation": Mimik, Gestik, Redefluß/Intonation und inhaltlich thematischer Zusammenhang des Gesprochenen. Dieser letzte Unterpunkt wurde z.B. wie folgt beurteilt:

keine Störung: Patient kann sich zum Thema adäquat ausdrücken, auch bezüglich Wahnvorstellungen, der Interviewer kann ohne Schwierigkeiten dem Inhalt des Gesagten folgen.

geringe Störung: Patient erzählt sehr vage oder umständlich, Interviewer muß oft den Inhalt klären oder nachfragen, gelegentliches Fehlen des logischen Zusammenhangs zwischen den Sätzen, keine völlig unverständlichen Worte oder Sätze, insgesamt inhaltliche Spracharmut.

schwere Störung: Patient ist unfähig, eine Diskussion zu führen, oder beim Thema zu bleiben, gibt unverständliche oder irrelevante Antworten, führt Selbstgespräche während des Interviews, logischer Zusammenhang des Gesprochenen ist schwer gestört oder fehlt, Neologismen, Echolallie, Perseverationen, "Wortsalat".

Der Themenbereich "Geistige Fähigkeiten/Reizverarbeitung" bestand aus den Unterpunkten: Strukturierung von Stimuli (es wurde die Fähigkeit, zwei Rohrschach-Testkarten zu

interpretieren und darüber zu diskutieren, bewertet. Maßgebend war nicht der Inhalt der Interpretation, sondern das abstrakte Vorstellungsvermögen und die Fähigkeit, weitere Interpretationsmöglichkeiten in Betracht zu ziehen), Aufmerksamkeit/Konzentrationsfähigkeit, logisches Denken/Urteilsfähigkeit, Geschicklichkeit/Lernen. Der letzte Punkt wurde geprüft, indem man den Patienten bat, aus Streichhölzern jeweils die Form eines Hauses, eines Stuhls, eines Sterns und eines Platzes zu legen. Anschließend wurde gefragt, welche Gegenstände und in welcher Reihenfolge diese gelegt worden waren.

"Aktivität und Rückzugsverhalten" wurden in die Unterpunkte äußeres Erscheinungsbild, Interesse/Wißbegierde/Initiative, Verlangsamung, Kooperation eingeteilt.

Weiterhin füllte der Patient im Beisein des Interviewers, teilweise mit dessen Unterstützung, einen von uns zusammengestellten Fragebogen aus, der aus 12 Fragen bestand, die, mit Ausnahme der beiden letzten, alle mit ja oder nein zu beantworten waren. Sie betrafen die Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes des Patienten seit Aufnahme, Notwendigkeit des Aufenthaltes, die Angemessenheit der Behandlung, Kontakt zu Mitpatienten, Besuchern, Pflegepersonal und behandelndem Arzt, Ausgangs- und Urlaubsregelung und diesbezügliche Wünsche des Patienten, Arbeitsfähigkeit und Entlassungswunsch, bzw. gewünschte Wohnsituation bei Entlassung.

Die Fragen waren sehr allgemein gehalten und einfach formuliert, z.B. "Halten Sie Ihren Aufenthalt hier für notwendig?" oder "Möchten Sie entlassen werden? Wenn nicht, warum nicht? Wenn ja, wohin?"

Die behandelnden Ärzte füllten ebenfalls einen Fragebogen über ihren Patienten aus, der mit dem des Patienten fast identisch war, hinzu kamen noch Fragen nach den derzeitigen Therapieformen, eine genaue Aufschlüsselung der notwendigen

Einrichtungen, die eine Entlassung des Patienten ermöglichen würden. Weiterhin wurde der Arzt gefragt: "Welches sind Ihrer Meinung nach die Gründe, daß der Patient noch immer stationär aufgenommen ist?"

Das Pflegepersonal erhielt ebenso einen Fragebogen, der die gleichen Fragen wie der des Patienten enthielt.

Zusätzlich füllte es einen Teil des Disability Assessment Schedule der WHO (Michael und Schwarz, 1978)<sup>26</sup> aus. Da dieser Fragebogen relativ umfangreich und teilweise kompliziert formuliert ist, konnten wir nicht alle Mitglieder des Pflegepersonals, vor allem die älteren unter Ihnen, von der Notwendigkeit überzeugen, den Bogen vollständig auszufüllen.

Wir verwandten für die Studie die Teile "Allgemeinverhalten und "Patient im Krankenhaus".

"Allgemeinverhalten" gliederte sich in folgende Unterpunkte:

- Ausmaß der Selbstvernachlässigung
- Verminderte Aktivität
- Grad der Verlangsamung
- Rückzugsverhalten

Alle Punkte bezogen sich auf das Ausmaß der Störung innerhalb des letzten Monats aus der Sicht des Pflegepersonals. Es wurde eingeteilt in "keine", "geringe" und "schwere Funktionsstörung". Als Beispiel sei das "Ausmaß der Selbstvernachlässigung" erwähnt: Beurteile: Persönliche Hygiene (Waschen, Rasieren, Haare ect.), Eßgewohnheiten, Wohnhygiene (z.B. Sauberhalten der eigenen Räume).

Keine Funktionsstörung: Keine Selbstvernachlässigung unter Berücksichtigung des soziokulturellen Hintergrundes des Patienten; der Patient zeigt hinreichend Interesse für sein äußeres Erscheinungsbild.

Geringe Funktionsstörung: Der Patient entspricht dem Durchschnittsverhalten unter einer gewissen, nicht kontinuierlichen Anleitung; oder aber Anleitung ist nicht möglich,

der Patient entspricht dem Durchschnittsverhalten nicht ganz; vermindertes Interesse am äußeren Erscheinungsbild.

Schwere Funktionsstörung: Patient ist unfähig, für sich selbst zu sorgen und am eigenen Erscheinungsbild völlig desinteressiert. Kontinuierliche Anleitung erforderlich; fehlt diese, kommt es zu grober Selbstvernachlässigung.

Oder: keine Beurteilung möglich.

"Patient im Krankenhaus" enthielt Fragen zu Themen wie folgt: Unterhaltung, Freizeitinteressen, irrelevantes oder unverständliches Sprechen, gewalttätiges Verhalten, verstärkte Neigung des Patienten im Bett zu bleiben ect. (insgesamt 12 Einzelfragen).

Beispiel: "Verhalten bei den Mahlzeiten"

(0) Normales Verhalten

(1) Patient bedarf wegen seiner mangelhaften Tischsitten einer gewissen Überwachung

(2) Der Patient mußte mindestens einmal während der Woche gefüttert werden.

Bezüglich der Zugeständnisse und Freiräume, die das Pflegepersonal dem Patienten gestatten würde, wurden ebenfalls 9 Fragen gestellt, die nur mit "ja", "nein" oder "nicht zutreffend" zu beantworten waren.

Beispiel: "Könnte man dem Patienten gestatten, Streichhölzer zu besitzen?" - "Wäre der Patient in der Lage, selbstverdientes Geld zu verwalten?"

Die Beschäftigungen des Patienten im Krankenhaus wurden, in vier Punkte aufgegliedert, genau abgefragt:

"Hausarbeit auf Station" - "Arbeitstherapie außerhalb der Station" - "Beschäftigungstherapie" - "Andere Therapieformen".

Kontakte zur Außenwelt kamen in den Fragen nach "Besuch auf Station während der letzten drei Monate" und "Besuche des Patienten zu Hause während der letzten drei Monate zum Ausdruck.

Das Maß der Restriktion wurde in der Frage nach der Ausgangsregelung und bei "Notwendigkeit und Gründe für eine permanente Überwachung" geklärt.

Die gesamten Punkte wurden zusammengezählt und so bewertet, daß 0 = "keine Störung" und 2 (teilweise auch 5) = die "schwerste Störung" bedeutete. Daraus konnte dann der Mittelwert für alle Patienten errechnet werden. Ebenso verfahren wir bei der IRS, wobei wiederum 0 = keine Störung und 2 = eine schwere Störung kennzeichnete.

Zum Schluß wurden die Antworten auf die teilweise an Ärzte, Pflegepersonal und Patienten identisch gestellten Fragen miteinander verglichen, um somit Fragen mit hoher Divergenz oder hoher Übereinstimmung herauszufinden. (Auswertung pro Patient einzeln)

Nach Studium der Krankengeschichte, persönlichem Gespräch mit dem Patienten und Durchsicht der Fragebögen bildete sich der Interviewer für jeden Patienten ein eigenes Urteil, warum dieser noch stationär aufgenommen war. Dies wurde dann verglichen mit der Meinung des behandelnden Arztes zu dieser Frage.

Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte z.T. nach einfachen statistischen Methoden (Biomathematik für Mediziner, E. Walter 1980<sup>25</sup>).

Wenn bei den Ergebnissen nicht anders angegeben, wurde der Vierfelder-Test als  $\chi^2$ -Test verwendet. Das Signifikanzniveau wurde jeweils in Klammern angegeben. Bei Gruppen 45 wurde mit Hilfe der Yateschen Korrektur die Signifikanz der Irrtumswahrscheinlichkeit berechnet<sup>25</sup>.

## Ergebnisse

Wir fanden am 1. September 1982 insgesamt 131 Patienten, die den oben genannten Kriterien entsprachen.

Davon konnten 126 Patienten untersucht werden, da zwei Patienten verstarben und drei Patienten vor klinischer Untersuchung entlassen wurden.

Im Folgenden gehen wir deshalb immer von einer Gesamtzahl von 126 Patienten aus.

Da die Probleme der Patientengruppen unter und über 60 Jahre bezüglich Diagnose, Vorgeschichte und sozialen Problemen erheblich differieren, werden wir bei den Ergebnissen eine Trennung in diese zwei Gruppen beibehalten.

### 1. Gruppe I - Patienten unter 60 Jahre

#### 1.1. Alters- und Geschlechtsverteilung

Von den insgesamt 126 Patienten fielen 79 in die Gruppe unter 60 Jahren. Von den 79 waren 55 männlich (70%) und 24 weiblich (30%).

Es ergab sich eine Altersverteilung wie in Tab. 1.1. dargestellt:

Tab. 1.1.: Alters- und Geschlechtsverteilung

|                | männlich | weiblich | gesamt |
|----------------|----------|----------|--------|
| Unter 20 Jahre | 1        | 1        | 2      |
| 20 bis 30      | 8        | 6        | 14     |
| 30 bis 40      | 16       | 6        | 22     |
| 40 bis 50      | 17       | 5        | 22     |
| 50 bis 60      | 13       | 6        | 19     |
| Gesamt         | 55       | 24       | 79     |

### 1.2. Familienstand

Von der Gruppe der 79 Patienten unter 60 Jahren waren 45 ledig, 23 geschieden, 3 verwitwet und 8 verheiratet, wobei hier 6 der Verheirateten weiblich waren und nur 2 männlich. Somit ergibt sich, daß von den 55 männlichen Patienten 53 ohne festen Partner vor der Klinikaufnahme gelebt haben. Das Verhältnis mit 6 Verheirateten von den 24 weiblichen Patienten unterschied sich davon signifikant. ( $p < 0.005$ )

### 1.3. Sozialer Status und Arbeitssituation vor Aufnahme

Nach Auflistung des jeweils höchsten Ausbildungsstandes, den der Patient erreicht hatte, ergab sich folgende Verteilung: (Es wurde nur Beginn einer Schul- oder Ausbildung gewertet, nicht deren erfolgreicher Abschluß.)

Tab. 1.2.: Schul- und Ausbildung der Patienten unter  
60 Jahre

|                     |    |       |
|---------------------|----|-------|
| keine Schulbildung: | 4  |       |
| Sonderschule:       | 4  |       |
| Hauptschule         | 22 | (28%) |
| Realschule:         | 2  |       |
| Gymnasium:          | 3  |       |
| Lehre:              | 37 | (47%) |
| Fach/Hochschule:    | 2  |       |
| ohne Angaben        | 5  |       |

45 Patienten, das entspricht 57%, hatten ihre Schul- oder Ausbildung auch abgeschlossen.

Betrachtete man die Berufsausbildung zum Zeitpunkt der Klinikaufnahme, ergab sich folgendes Bild: (Tab. 1.3.)

Tab. 1.3.: Berufsausbildung

---

|                                             |    |       |
|---------------------------------------------|----|-------|
| keine Berufsausbildung/ungelernte Arbeiter: | 32 | (41%) |
| Handwerker mit abgeschlossener Lehre:       | 21 | (27%) |
| Angestellte:                                | 3  |       |
| Hausfrauen:                                 | 8  | (10%) |
| Schüler:                                    | 1  |       |
| Rentner:                                    | 8  | (10%) |
| Sonstige Berufe:                            | 4  |       |
| ohne Angaben:                               | 2  |       |

---

Dabei haben nur 21 Patienten (27%) irgendeine berufliche Tätigkeit vor Klinikaufnahme ausgeübt, sei es in ihrem erlernten Beruf gewesen oder in einem anderen, der evtl. eine geringere oder gar keine berufliche Qualifikation voraussetzte.

30 Patienten (38%) hatten gar keine Ausbildung begonnen. Stellte man diese Patienten denen mit einer zumindest begonnenen, teilweise auch abgeschlossenen Berufsausbildung gegenüber, fanden sich deutliche Unterschiede:

16 von diesen 30 Patienten ohne Berufsausbildung waren seit Beginn ihrer psychiatrischen Erkrankung länger als 50% der Zeit stationär in psychiatrischen Kliniken aufgenommen. Gegenüber 9 von 49 Patienten mit Ausbildung war dieses Ergebnis signifikant bei  $p < 0.005$ .

Patienten ohne Ausbildung hatten vor Klinikaufnahme häufiger in Institutionen gelebt. ( $p < 0.1$ ).

Bezüglich Geschlecht und Diagnosen ergaben sich für diese Patientengruppe keine signifikanten Unterschiede zur besser ausgebildeten Gruppe.

#### 1.4 Wohnsituation vor Aufnahme

Von 79 Patienten wohnten vor stationärer Aufnahme 11 Patienten (14%) allein und selbständig, 26 (33%) in der elterlichen oder eigenen Familie, 40 (51%) in Heimen oder

ähnlichen Institutionen, 2 hatten keine festen Wohnsitz. Bei 37 dieser Patienten (47%) war die jeweilige Wohnmöglichkeit nicht mehr vorhanden, indem z.B. das Pflegeheim die Wiederaufnahme des Patienten ausschloß oder die Wohnung des Patienten inzwischen gekündigt war u.ä. Bei weiteren 8 Patienten erschien die Rückkehr an den letzten Wohnsitz zumindest sehr fraglich.

### 1.5. Rechtliche Situation

Es ergab sich eine Verteilung wie in Tab. 1.4 ersichtlich.

Tab. 1.4.: Rechtliche Situation der Patienten  
unter 60 Jahre

|                                  |                  |       |
|----------------------------------|------------------|-------|
| Freiwilliger Aufenthalt          | bei 11 Patienten | (14%) |
| eine Pflegschaft                 | bei 51 Patienten | (65%) |
| eine Vormundschaft               | bei 9 Patienten  | (11%) |
| eine Einweisung nach §63/64 StGB | bei 8 Patienten  | (10%) |

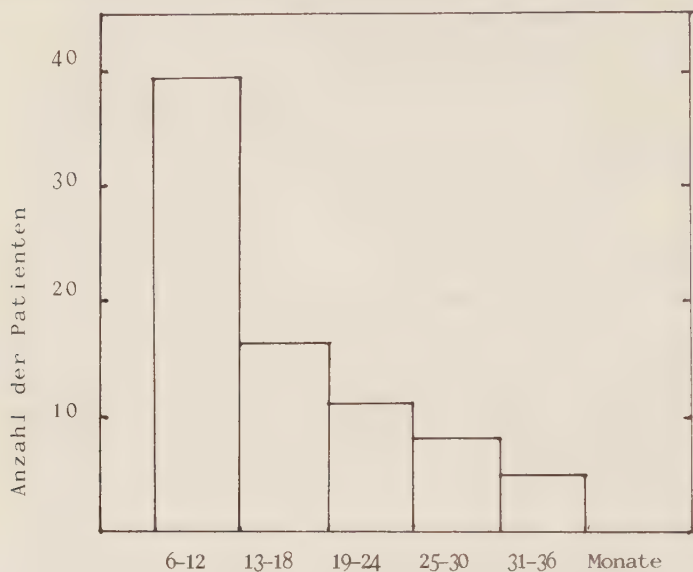
### 1.6. Zahl und Dauer der stationären Aufenthalte

#### 1.6.1. Aufenthaltsdauer bei Stichtag

Der Stichtagszeitraum von einer Aufenthaltsdauer von einem halben Jahr bis drei Jahre wurde nochmals unterteilt, wobei wir folgendes Bild fanden: (Abb. 1.1.)

Es fiel auf, daß 44% der Patienten zwischen 6 und 12 Monaten stationär waren, also zum ersten halben Jahr des gegebenen Zeitraumes zählten, während zwischen 1 und 3 Jahren eine gleichmäßige, wenn auch weiter abfallende Verteilung zu beobachten war. In das letzte halbe Jahr des Aufenthaltszeitraumes von 6 bis 36 Monaten fielen nur noch 5 Patienten.

Abb. 1.1.: Aufenthaltsdauer bei Stichtag



Aufenthaltsdauer bei Stichtag

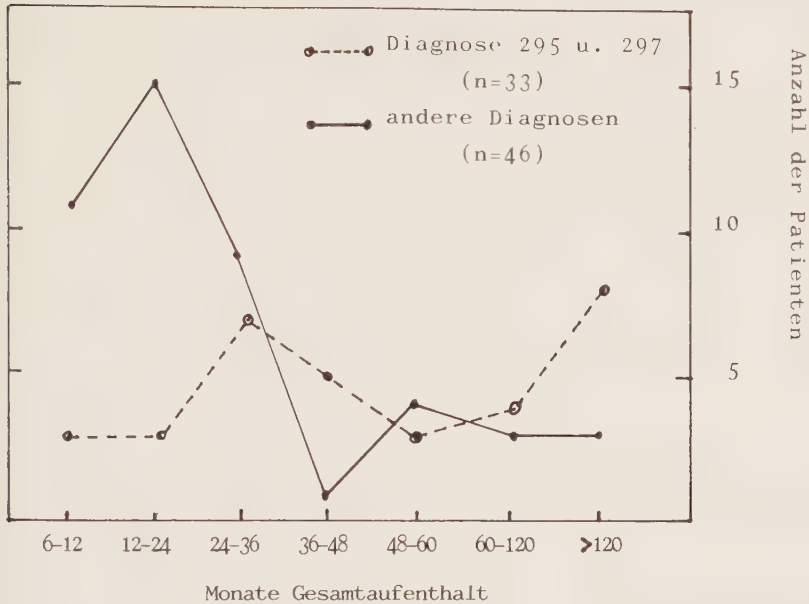
#### 1.6.2. Gesamtdauer aller stationären Aufenthalte

Bei Addition aller Aufenthalte in stationärer psychiatrischer Behandlung fanden wir folgende Aufteilung: (siehe Abb. 1.2) 31 Patienten, die eine Gesamtaufenthaltsdauer unter 24 Monaten vorwiesen, wurden genauer betrachtet. Dabei fiel eine gleichmäßige Diagnosenaufteilung auf, mit einer Ausnahme: es waren in dieser Gruppe signifikant weniger Patienten mit paranoiden oder schizophrenen Psychosen (ICD-Nr. 29) zu finden. ( $p < 0.005$ )

Schizophrene Patienten wiesen dagegen eine insgesamt längere stationäre Aufenthaltsdauer auf und zeigten häufiger auch Gesamtaufenthalte über 10 Jahre (Abb. 1.2)

Weiterhin unterschieden sich Patienten mit einer Gesamtaufenthaltsdauer von über 4 Jahren deutlich von Patienten mit kürzeren Aufenthalten. 19 von 26 Patienten über 4 Jahre Gesamtaufenthalt kamen nämlich aus Institutionen. ( $p < 0.001$ )

Abb. 1.2. Verteilung der Gesamtaufenthaltsdauern der Patienten mit Diagnosen ICD-Nr. 295 und 297

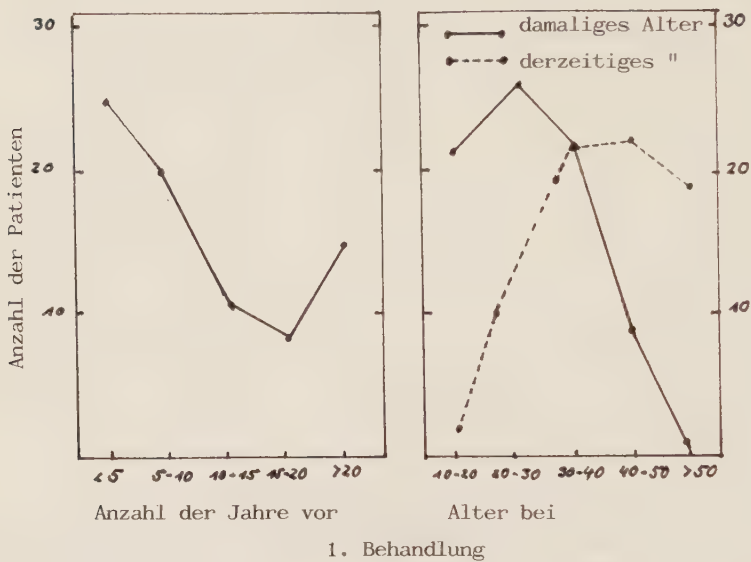


#### 1.6.3. Alter bei erster psychiatrischer Behandlung und prozentuale Dauer von stationären Aufnahmen seit diesem Zeitpunkt

44 Patienten (56%) waren in den vergangenen zehn Jahren zum ersten Mal in psychiatrischer Behandlung, sei es ambulant oder stationär gewesen. Bei 35 Patienten (44%) lag dies über zehn Jahre zurück. (Abb. 1.3.)

25 Patienten (32%) hatten innerhalb der letzten fünf Jahre zum ersten Mal Kontakt mit der Psychiatrie. Bei der Diagnosenaufschlüsselung dieser Patienten fiel auf, daß alle mit der Diagnose "Alkoho./Drogenabhängigkeit" (ICD-NR.303/304) zu dieser Gruppe zählten ( $p < 0.0005$ ) Alters- und Diagnosenverteilung sind in 1.5 erläutert.

Abb. 1.3.: Anzahl der Jahre und damaliges Alter der Patienten bei ihrer ersten psychiatrischen Behandlung



Tab. 1.5. : Alters-, Geschlechts- und Diagnosenverteilung bei Patienten mit erster psychiatrischer Behandlung innerhalb der letzten 5 Jahre

| Diagnosen                        | ♂ < 40 J. | ♀ < 40 J. | ♂ 40 < 60 J. <sup>1</sup> | Gesam |
|----------------------------------|-----------|-----------|---------------------------|-------|
| Alkohol- u. Drogen-abhängigkeit  | 5         | 2         | 2                         | 9     |
| Organ. Störungen                 | 1         | 2         | 2                         | 5     |
| Schwachsinn                      | 1         | 3         | 1                         | 5     |
| Neurot. Störungen                | 2         | -         | 1                         | 3     |
| Paranoide u. schizophrene Psych. | 3         | -         | -                         | 3     |
| Gesamt                           | 12        | 7         | 6                         | 25    |

<sup>1</sup> keine weiblichen Patienten zwischen 40 und 60 Jahren in dieser Gruppe

Bei der Berechnung des Verhältnisses von stationärer zu ambulanter oder keiner Behandlung bei Patienten mit Mehrfachaufnahmen (n=66) fiel auf, daß 25 Patienten eine Gruppe bildeten, die über 50% ihrer Zeit seit Krankheitsbeginn in stationärer Behandlung zubrachten.

Unter diesen Patienten befanden sich 11 mit der Diagnose "schizophrene oder paranoide Psychose". Alle 11 Patienten leiden nach PSE an einer für Alltagsleben und Kommunikation schweren paranoiden Beeinträchtigung (PSE-Symptome 95/96). 8 von diesen 11 Patienten könnten nach Aussage ihres behandelnden Arztes wegen der Schwere der psychopathologischen Symptomatik nicht entlassen werden.

Die Zahl der stationären Aufnahmen reichte von 13 Erstaufnahmen bis zu 6 Patienten mit über 10 Aufnahmen. Es ergaben sich durchschnittlich 4,8 Aufnahmen.

Dabei hatten die Patienten durchschnittlich auf 4,1 verschiedenen Stationen des Bezirkskrankenhauses sich aufgehalten mit einem Minimum von 1 Station bei 3 Patienten und 10 Stationen bei 4 Patienten.

Tab. 1.6.: Diagnosen

| Diagnose                                    | ICD-Nr. <sup>9</sup> | Anzahl |       |
|---------------------------------------------|----------------------|--------|-------|
| Schizophr. u. paranoide Psychosen           | 295/97               | 33     | (42%) |
| Affektive Psychosen                         | 296                  | 5      | ( 6%) |
| Organ. Psychosen                            | 290-294              | 11     | (14%) |
| Alkohol-, Drogen- u. Medikamentenabhängigk. | 303/304              | 9      | (11%) |
| Neurosen und Persönlichkeitsstörungen       | 300/301/302/311      | 11     | (14%) |
| Schwachsinn                                 | 317-319              | 6      | ( 6%) |
| andere                                      | 310/345/780          | 4      |       |

## 1.7. Diagnosen und Psychopathologie

### 1.7.1. Diagnosenverteilung

Die Aufschlüsselung der Diagnosen mit ICD-Nummern der 79 Patienten wurden in Tab. 1.6. festgehalten. Es handelt sich dabei um Stichtagsdiagnosen, die nach Krankengeschichte und klinischem Befund gestellt wurden.

Bei Zweitdiagnosen fiel auf, daß bei weiteren 11 Patienten Alkoholmißbrauch oder -abhängigkeit das derzeitige Krankheitsbild beeinflussen.

Bei weiteren 6 Patienten war als Zweitdiagnose eine Intelligenzminderung beobachtet worden.

10 Patienten waren zusätzlich körperlich in verschiedenen Ausprägungen behindert.

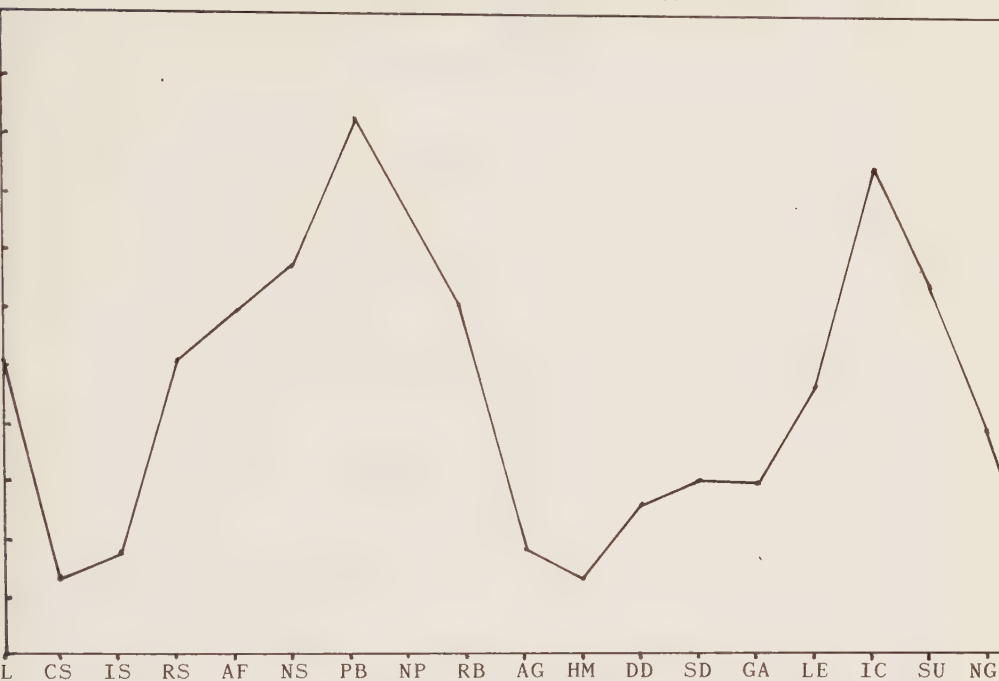
### 1.7.2. Psychopathologie

Ein genauer psychopathologischer Befund konnte nur bei 24 von 33 Patienten mit schizophrenen oder paranoiden Psychosen erhoben werden, wenn die Adäquatheit des Interviews voll erfüllt sein sollte. Von den 9 nicht befragten Patienten hatten 2 ein Interview abgelehnt, 7 Patienten mit schizophrenen Residualzuständen waren in ihrer Kommunikationsfähigkeit stark eingeschränkt bis mutistisch.

Um das Ausmaß der Beeinträchtigung der Patienten im Alltagsleben durch paranoide Vorstellungen zu verifizieren, wurden jeweils die PSE-Symptome 95 und 96 gemeinsam betrachtet. Dabei fand sich bei 22 von 24 Patienten eine deutlich positive Ausprägung im Sinne einer schweren Beeinträchtigung.

Ergebnis und Syndromprofil entnehme man Abb. 1.4.

Abb. 1.4.: PSE-Syndromprofil bei Patienten mit schizophrenen oder paranoiden Psychosen und Häufigkeitsverteilung der Syndrome (n=24)



Syndrom-Häufigkeiten: 67% NS+; 13% CS+; 17% IS+; 50% RS+;  
25% DD+; 29% SD+; 29% GA+; 58% AF+;  
13% HM+; 50% SL+; 75% NP+; 17% AG+;  
38% NG+; 46% LE+; 58% RB+(Reizbarkeit);  
63% SU+; 83% IC+; 8% OR+;  
9% Paranoide Beeinträchtigung

## 1.8. Ergebnisse des Disability Assessment Schedule (DAS) und der Impairments Rating Scale (IRS)

### 1.8.1. Disability Assessment Schedule (DAS)

Für 66 von 79 Patienten wurde der Fragebogen für psychische Behinderung (DAS)<sup>26</sup> vom Pflegepersonal ausgefüllt, wie bereits bei "Methoden" erläutert wurde.

Der Gesamtdurchschnitt der von den Patienten erreichten Werte

lag bei etwa 45% des Optimalwertes (5,2 bei 11,6 Optimum). Eine Aufschlüsselung der Unterpunkte wurde in Tab. 1.7. dargelegt. Weniger als 50% des Optimalwertes wurde bei folgenden Einzelkriterien erreicht:

"Rückzugsverhalten" - "Freizeitinteressen" - "Verhalten bei den Mahlzeiten" - "Arbeiten außerhalb der Klinik" - "positive Möglichkeit der Entlassung" - "Verwaltung von eigenem Geld" - "Besuche auf Station und nach Hause" - alle Unterpunkte, die die Beschäftigung des Patienten betrafen.

Patienten mit schizophrenen oder paranoiden Psychosen unterschieden sich geringfügig ( $p < 0.1$ ) von Patienten mit anderen Diagnosen bezüglich ihrer "Kontakte zur Außenwelt" (s. Tab. 1.8). Dagegen konnte weder bei schizophrenen Patienten noch bei der Gesamtgruppe eine Abnahme der Kontakte zur Außenwelt mit zunehmender Gesamtaufenthaltsdauer festgestellt werden. Unterschiedliche Werte zwischen weiblichen und männlichen Patienten konnten wir nicht finden.

Tab. 1.7: Ergebnisse des DAS (Disability Assessment Schedule)

|                                     | Durchschnittswert | Optimalwert |
|-------------------------------------|-------------------|-------------|
| <u>Allgemeinverhalten</u>           | 1.0               | 2.0         |
| Selbstvernachlässigung              | 1.0               | 2.0         |
| Verminderte Aktivität               | 0.8               | 2.0         |
| Verlangsamung                       | 1.2               | 2.0         |
| Rückzugsverhalten                   | 1.1               | 2.0         |
| <u>Verhalten auf Station</u>        | 1.4               | 2.0         |
| (12 Unterpunkte)                    |                   |             |
| <u>Meinung des Pflegepersonals</u>  | 0.6               | 1.0         |
| über Eigenverantwortung             |                   |             |
| des Patienten (9 Unterpunkte)       |                   |             |
| <u>Beschäftigungen d. Patienten</u> | 1.2               | 4.3         |
| (4 Unterpunkte)                     |                   |             |
| <u>Kontakte zur Außenwelt</u>       | 1.0               | 2.3         |
| Besuche auf Station                 | 0.8               | 2.0         |
| Besuche zu Hause                    | 0.5               | 2.0         |
| Ausgangsregelung                    | 1.7               | 3.0         |
| Gesamt (n=66)                       | 5.2 (44.8%)       | 11.6 (100%) |

Tab. 1.8.: DAS bei Patienten mit Diagnose "schizophrene oder paranoide Psych." (n=31) im Vergleich zu allen anderen Diagnosen (n=35)

|                        | Diagnose 295/97 | andere | Unterschied |
|------------------------|-----------------|--------|-------------|
| Kontakte zur Außenwelt |                 |        |             |
| Besuche auf Station    | 0.67            | 0.94   | $p < 0.1$   |
| Besuche zu Hause       | 0.37            | 0.71   | $p < 0.1$   |
| Ausgangsregelung       | 1.75            | 1.72   | --          |

### 1.8.2. Impairments Rating Scale (IRS)

Die drei Unterpunkte der IRS<sup>27</sup> "Kommunikationsverhalten", "geistige Kontrolle" und "Aktivität - Rückzugsverhalten" wurden getrennt ausgewertet und in drei Schweregrade unterteilt. Die Ergebnisse sind in Tab. 1.9 aufgeschlüsselt. Es ergab sich in der Gesamtgruppe eine relativ gleichmäßige Verteilung mit Überwiegen leichter Störungen.

Bei der Aussage "keine Störung der Aktivität bzw. vermehrtes Rückzugsverhalten" unterschieden sich schizophrene Patienten von nicht-schizophrenen geringfügig ( $p < 0.1$ ).

Insgesamt zeigten schizophrene Patienten eine stärkere Behinderung bei allen drei Unterpunkten, die bei "Aktivität" mit einem Durchschnittswert von 1.15 im Gegensatz zu 0.75 (Skala 0-2 mit Optimum 0) am deutlichsten wurde; eine Signifikanz ließ sich nicht nachweisen.

Patienten, bei denen der behandelnde Arzt den stationären Aufenthalt für nicht notwendig hielt (n=31), waren bezüglich "geistiger Kontrolle" mit einem Wert von 0.84 (1.33 restliche Patientengruppe, n=48) weniger behindert ( $p < 0.05$ ).

Tab. 1.9.: Ergebnisse der IRS (Impairment Rating Scale) n=79

|                                           | keine Störung<br>= 0 | geringe St.<br>= 1 | schwere St.<br>= 2 | Mittel-<br>wert |
|-------------------------------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| Kommunikations-<br>verhalten              | 10                   | 35                 | 25                 | 1.08            |
| Geistige Kontrolle                        | 15                   | 38                 | 26                 | 1.14            |
| Aktivität -<br>Rückzugsverh. <sup>1</sup> | 17                   | 49                 | 11                 | 0.92            |
| Gesamt (n=79)                             |                      |                    |                    | 1.05            |

<sup>1</sup>bei 2 Patienten nicht beurteilbar

### 1.9. Vergleichende Einschätzung des Patienten durch Arzt und Pflegepersonal und Selbsteinschätzung

#### 1.9.1. Kommunikation Arzt - Patient - Pflegepersonal

Bei der Auswertung der Fragebögen, die bei Arzt, Pflegepersonal und Patient identisch waren (s. Methodik), stellten wir für jeden der 69 Patienten, der die Fragen alle beantworten konnte (10 Patienten waren dazu nicht in der Lage), die Antworten gegenüber. Das Ergebnis wurde in Tab. 1.5. dargestellt. Die größte Übereinstimmung aller drei Gruppen mit deutlicher Bevorzugung von bejahenden Antworten fand sich auf die Frage nach dem Entlassungswunsch der Patienten. Die meisten Patienten (56) wollten entlassen werden, und dies war sowohl den Ärzten (45) wie auch dem Pflegepersonal (47) bekannt.

Die Frage nach dem Kontaktverhalten erzielte eine ähnlich hohe Übereinstimmung, wobei wieder der Großteil aller drei Gruppen die Frage bejahte (Ja bedeutet in diesem Fall, daß Patienten mindestens mit zwei der vier Personengruppen Arzt,

Pflegepersonal, Mitpatienten, Besucher, guten Kontakt haben). Bei den Fragen nach "Notwendigkeit des Aufenthaltes", "Behandlung angemessen", "Verbesserung des Zustandes des Patienten" und "Arbeitsfähigkeit des Patienten" gingen die Meinungen doch sehr auseinander.

Die Frage nach der "Notwendigkeit des Aufenthaltes" ergab zwar eine relativ hohe Übereinstimmung zwischen Ärzten und Pflegepersonal (31 ja, 19 nein übereinstimmende Antworten), die Patienten hingegen waren oft anderer Meinung.

41 Patienten hielten ihren Aufenthalt für nicht notwendig, nur 16mal stimmten ihnen dabei die Ärzte und ebenfalls 16mal das Pflegepersonal zu. Insgesamt ergab sich jedoch eine gleichmäßige Verteilung aller Antwortmöglichkeiten mit nur geringer Bevorzugung einzelner oben erwähnter Aussagen.

Eine Dissonanz mit deutlicher Tendenz der Antworten ergab sich bei den drei verbleibenden Fragen:

Bezüglich der "Verbesserung des Zustandes des Patienten" waren alle drei Gruppen größtenteils der Meinung, daß eine Verbesserung eingetreten sei.

Ähnlich deutlich wurde die Situation bei der Frage nach der "Arbeitsfähigkeit des Patienten":

Während Arzt und Pflegepersonal bei 39 Patienten übereinstimmend der Meinung waren, daß diese nicht arbeiten könnten (bei insgesamt 56 positiv oder negativ übereinstimmenden Antworten), hielten sich 43 von 69 Patienten für arbeitsfähig, was in 30 Fällen von seiten des Arztes und in 22 Fällen von seiten des Pflegepersonals bezweifelt wurde.

Ob die "Behandlung angemessen" sei, bejahten 55 Pfleger/Schwester, wobei ihnen 22mal die Ärzte und 14mal die Patienten widersprachen. Insgesamt wurde deutlich, daß das Pflegepersonal vermehrt die Behandlung für angemessen hielt, etwas geringer die Patienten und die Ärzte zu 34% (27) diese Meinung nicht teilten.

Im Folgenden seien zusammenfassend in prozentualer Reihenfolge der Übereinstimmung die Fragen aufgelistet:

Vergleich Arzt - Pflegepersonal:

|                          |     |                                    |
|--------------------------|-----|------------------------------------|
| "Arbeitsfähigkeit":      | 71% | (56 übereinstimmende Antworten)    |
| "Entlassungswunsch":     | 67% | - "Aufenthalt notwendig": 63%,     |
| "Kontaktverhalten":      | 63% | - "Zustand d.Pat. verbessert": 52% |
| "Behandlung angemessen": | 48% |                                    |

Vergleich Patient - Arzt:

|                          |     |                                     |
|--------------------------|-----|-------------------------------------|
| "Entlassungswunsch":     | 78% | - "Kontaktverhalten": 66%           |
| "Behandlung angemessen": | 62% | - "Zustand d.Pat. verbessert": 49%, |
| "Arbeitsfähigkeit":      | 46% | - "Aufenthalt notwendig": 45%       |

Vergleich Patient - Pflegepersonal:

|                      |     |                                    |
|----------------------|-----|------------------------------------|
| "Entlassungswunsch": | 78% | - "Zustand d.Pat. verbessert": 70% |
| "Kontaktverhalten":  | 66% | - "Behandlung angemessen": 61%     |
| "Arbeitsfähigkeit":  | 59% | - "Aufenthalt notwendig": 48%      |

25 Patienten kreuzten auf die Frage "Haben Sie **Kontakt zu Ihrem Arzt?**" die Antwort "nein" an. Diese Gruppe wurde den Patienten, die die Frage mit "ja" beantworteten, (n=44) gegenübergestellt:

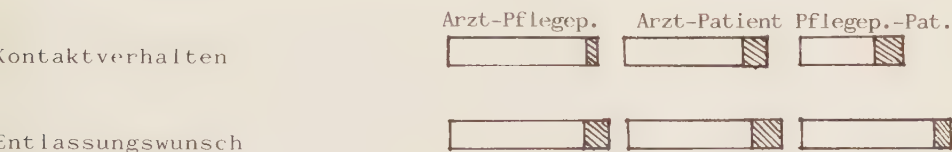
Diagnostisch fanden sich in dieser Gruppe von 25 Patienten 9 mit Alkoholproblemen, 5 mit Alkoholpsychosen ( $p < 0.005$ ).

Die Anzahl der weder mit Arzt noch mit Pflegepersonal übereinstimmenden Antworten bei 7 Fragen lag mit durchschnittlich 3.0 gegenüber 2.0 bei Patienten mit Kontakt zum Arzt deutlich höher ( $p < 0.005$ , Mediantest).

Die Ärzte beurteilten bei dieser Gruppe das Kontaktverhalten besser oder schlechter als die Patienten selbst es sahen (16 zu 25 Patienten im Gegensatz zu 5 von 44;  $p < 0.005$ ). Weiterhin war das Pflegepersonal bei 12 dieser Patienten der Meinung, daß eine Entlassung nicht möglich sei (im Gegensatz zu 13 von 44;  $p < 0.05$ ).

Abb. 1.5.: Antwort-Übereinstimmungen bei Arzt, Pflegepersonal und Patient bei 6 identisch gestellten Fragen

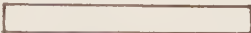
Antworten mit hoher Übereinstimmung



Antworten mit geringer Übereinstimmung



 = übereinstimmende Ja-Antworten  
 = übereinstimmende Nein-Antworten

 100% Übereinstimmung

Aber auch 7 dieser 25 Patienten selbst standen ihrer Entlassung abweisend gegenüber im Vergleich zu 3 Patienten von 44, die Kontakt zum Arzt angaben ( $p < 0.025$ ).

Die Ärzte selbst empfanden keinen Unterschied (nicht signifikant) in der Qualität ihres Kontaktes zu dieser Patienten-Gruppe. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied war wiederum nicht zu bemerken.

### 1.9.2. Einschätzungen der Entlassungsmöglichkeiten

Bei Fragen nach einer möglichen Entlassung bzw. der geeigneten Wohnmöglichkeit bei Entlassung wurden große Unterschiede zwischen der Gruppe der Ärzte, des Pflegepersonals und vor allem der Patienten deutlich. (Tab. 1.10)

55 von 69 Patienten, die die Frage beantworteten (80%) wollten nach ihrer Entlassung woanders leben als der behandelnde Arzt es für möglich oder angebracht hielt.

35% der Patienten wollten bei Verwandten leben, während diese Möglichkeit von Ärzten und Pflegepersonal nicht in Betracht gezogen oder nicht für durchführbar gehalten wurde.

Tab. 1.10.: Geeignete Wohnmöglichkeit bei Entlassung:  
Ärzte, Pflegepersonal und Patienten im Vergleich  
(n=79)

|                            | Arzt     | Pflegep. | Patient  |
|----------------------------|----------|----------|----------|
| Angehörige, Verwandte      | - (0%)   | 1 (1%)   | 28 (35%) |
| Selbständiges Wohnen       | 4 (5%)   | 5 (6%)   | 13 (17%) |
| Institutionen              | 40 (51%) | 42 (53%) | 12 (15%) |
| Behindertenwerkst.         | 6        | 3        | 2        |
| Wohnheim, Tagesklinik      | 15       | 18       | 4        |
| Alters-u. Pflegeheim       | 19       | 21       | 6        |
| Therapeut. Wohngemeinsch.  | 12 (14%) | 6 (8%)   | 5 (6%)   |
| keine andere Wohnmöglichk. | 23 (29%) | 25 (32%) | 10 (13%) |
| keine Antwort              | -        | -        | 11 (14%) |

#### Entlassungswunsch der Patienten

| ja       | nein     | keine Antwort |
|----------|----------|---------------|
| 58 (73%) | 10 (13%) | 11 (14%)      |

Tab. 1.11.: Ursachen für derzeitigen stationären Aufenthalt des Patienten nach Meinung der Ärzte und des Interviewers

|                                                  | Ärzte    | Interv.  |
|--------------------------------------------------|----------|----------|
| Soziale Gründe (geeignete Wohnmöglichkeit fehlt) | 17 (22%) | 22 (28%) |
| Krankheitsspez. Psychopath.                      | 36 (46%) | 21 (27%) |
| Finanzielle Gründe                               | 6 ( 8%)  | 3 ( 4%)  |
| Rechtliche Gründe                                | 7 ( 9%)  | 8 (10%)  |
| Störung der Kommunikation Arzt-Patient           | 1 ( 1%)  | 14 (18%) |
| Hospitalisierung d. Patienten                    | 12 (15%) | 11 (14%) |

Auf die Frage an die Ärzte, warum die Patienten noch stationär aufgenommen waren und welches die Gründe wären, die einer Entlassung im Wege stünden, ergab sich eine Verteilung wie in Tab. 1.11. dargestellt.

Nach Krankengeschichtenstudium, Gespräche mit dem Patienten und Auswertung der Fragebögen bildete sich der Interviewer ebenfalls ein Urteil über mögliche Gründe des derzeitigen stationären Aufenthaltes des Patienten. (Tab.1.11.) Dabei wurde bei 14 Patienten, bei denen gehäuft divergierende Antworten auffielen und lange Zeit kein Eintrag in die Krankengeschichte (länger als 6 Monate) erfolgt war, nach Meinung des Interviewers eine mangelnde Kommunikation zwischen Arzt und Patient als wichtige Ursache des noch andauernden stationären Aufenthaltes angenommen. Diese 14 Patienten waren vermehrt über 50% der Zeit stationär aufgenommen ( $p < 0.005$ ). Die Ärzte selbst bewerteten ihren Kontakt zu diesen Patienten ebenfalls schlechter (0.8 von optimal 3.0) als zu den anderen Patienten (1.2 von 3.0) ( $p < 0.1$ ).

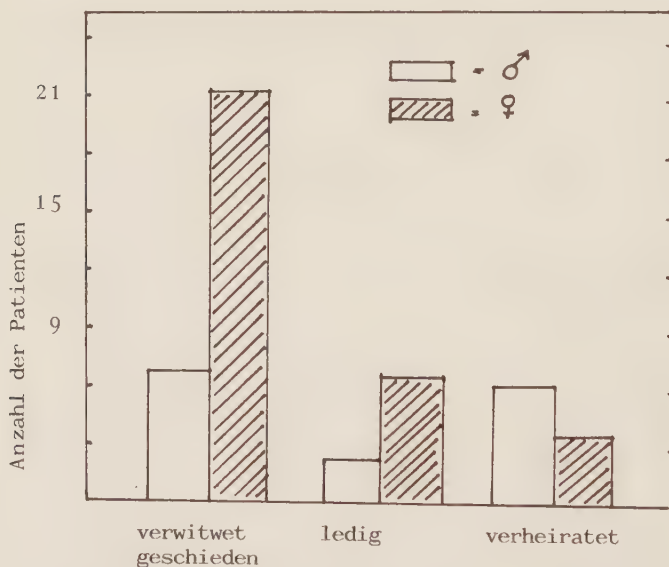
## 2. Gruppe II - Patienten über 60 Jahre

### 2.1. Soziodemographische Daten

#### 2.1.1. Alter, Geschlecht und Familienstand

47 von 126 Patienten (37%) waren am Stichtag 60 Jahre und älter. Dabei fanden wir eine genau umgekehrte Geschlechtsverteilung wie in Gruppe I. Bei den über 60jährigen waren die weiblichen Patienten mit 32 von 47 deutlich höher vertreten. Dabei bildeten die verwitweten weiblichen Patienten die relativ größte Untergruppe. Die genaue Verteilung wurde in Abb. 2.1. dargestellt.

Abb. 2.1.: Familienstand- und Geschlechtsverteilung



#### 2.1.2. Beruf und sozialer Status

Bei 18 Patienten war die Schulbildung anamnestisch und aus der Krankengeschichte nicht zu eruieren.

43 von 47 Patienten waren Rentner und hatten vor Klinikaufnahme keine Beschäftigung mehr ausgeübt, auch keine Nebentätigkeiten.

### 2.1.3. Wohnsituation vor Aufnahme

Bezüglich der Wohnsituation vor Aufnahme fiel auf, daß doch ein Großteil der Patienten (20 = 43%) von Altersheimen eingewiesen wurde, wobei wir meistens beobachteten, daß diese Patienten nicht mehr in das jeweilige Altersheim zurückgenommen wurden, was die Heimleitung uns oft schon bei Aufnahme des Patienten mitgeteilt hatte. Die einzelnen Wohnsituationen entnehme man Tab. 2.1.

Tab. 2.1. Wohnsituation vor Aufnahme

| Wohnsituation               | Anzahl Patienten |       |
|-----------------------------|------------------|-------|
| Allein gewohnt              | 7                | (15%) |
| Mit Partner oder Verwandten | 12               | (26%) |
| Im Altersheim               | 20               | (43%) |
| Im Pflegeheim               | <u>8</u>         | (17%) |
| Gesamt                      | 47               |       |

### 2.1.4. Rechtliche Situation

Nur 8 Patienten hielten sich freiwillig im Bezirkskrankenhaus auf, 35 standen unter Pflegschaft und 4 unter Vormundschaft.

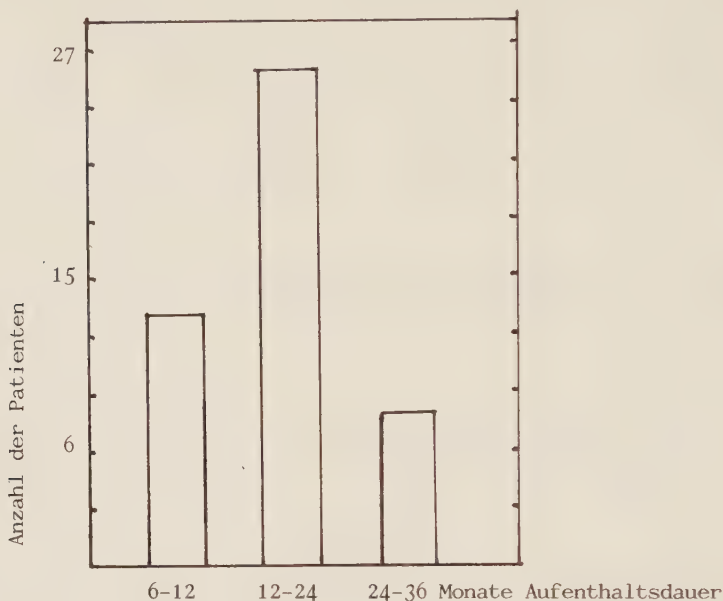
### 2.2. Aufenthaltsdauern

Gegenüber Patienten unter 60 Jahren waren diese älteren Patienten bei Stichtag durchschnittlich länger aufgenommen. (Abb.2.2.)

24 Patienten waren zum ersten Mal in psychiatrischer Behandlung und dementsprechend hatte auch der Großteil der Patienten (32 = 68%) innerhalb der letzten 5 Jahre zum ersten Mal Kontakt mit irgendeiner Form psychiatrischer Betreuung.

Bezüglich der Verteilung auf den Stationen fanden wir, daß 8 Patienten sich immer auf derselben Station aufgehalten hatten. Nur 9 Patienten waren auf 4 oder mehr Stationen.

Abb. 2.2.: Verteilung der Aufenthaltsdauern bei Stichtag



### 2.3. Diagnosen

Die Diagnosenverteilung ergab dem Alter entsprechend eine Häufung von organischen Störungen (Tab. 2.2.).

Daneben fanden wir bei 6 Patienten eine ausgeprägte Schwerhörigkeit, die fast jede Kontaktaufnahme unmöglich machte. 7 weitere Patienten waren körperlich behindert.

22 Patienten waren zu Zeit und Ort nicht orientiert, 10 Patienten auch nicht zur Person.

24 von 47 Patienten (51%) benötigten zur alltäglichen Körperpflege und Ernährung fremde Hilfe.

18 dieser Patienten wurden von Pflegepersonal und Interviewer als vollständig pflegebedürftig eingestuft.

Tab. 2.2.: Diagnosenverteilung n=47

| Diagnosen                                | ICD-Nr.   | Patienten-Anzahl |
|------------------------------------------|-----------|------------------|
| Organische Psychosen                     | 290/91/93 | 36 (77%)         |
| Störungen nach Hirn-<br>schädigung       | 310       | 1                |
| Schizophrene u. para-<br>noide Psychosen | 295/97    | 6 (13%)          |
| Alkoholabhängigkeit                      | 303       | 2                |
| Schwachsinn                              | 318       | 2                |

#### 2.4. Psychische Behinderung nach DAS und IRS

Das DAS wurde vom Pflegepersonal zwar vollständig ausgefüllt, da es sich oftmals aber um pflegebedürftige und physisch immobile Patienten handelte, wurde oft die Antwort "nicht zutreffend" angekreuzt, so daß eine relevante Aussage über diese Patienten nicht mehr gegeben war. Im übrigen schien uns dieser Fragebogen nachträglich das Problem dieser Patientengruppe nicht genau zu erfassen, so daß eine weitere Auswertung unterblieb. Die vom Untersucher beurteilten Fragen der IRS sind zahlenmäßig in Tab. 2.3. dargestellt worden.

#### 2.5. Vergleichende Einschätzung des Patienten durch Arzt und Pflegepersonal

Auf Grund der Vielzahl organischer Störungen war es uns nur bei 9 Patienten möglich, den von uns gestellten Fragebogen vollständig ausgefüllt zu erhalten. 10 Patienten konnten einzelne Fragen beantworten, 28 Patienten konnten keine Frage adäquat beantworten, Gespräche waren nur in geringem Maße oder gar nicht möglich. Deswegen seien nur einzelne vergleichende Antworten von Arzt und Pflegepersonal erwähnt. (Tab. 2.4.)

Tab. 2.3.: Ergebnisse der Impairments Rating Scale (n=47)

|                                                 | keine<br>Störung<br>=0 | geringe<br>Störung<br>=1 | schwere<br>Störung<br>=2 | Mittel-<br>wert | nicht be-<br>urteilbar |
|-------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|------------------------|
| Kommunikations-<br>verhalten                    | 2                      | 9                        | 31                       | 1.48            | 5                      |
| Geistige Fähig-<br>keiten/Reizver-<br>arbeitung | 0                      | 7                        | 25                       | 1.78            | 15                     |
| Aktivität/<br>Rückzugsver-<br>halten            | <u>1</u>               | <u>12</u>                | <u>28</u>                | <u>1.66</u>     | 6                      |
| Gesamt                                          | 3                      | 28                       | 84                       | 1.64            |                        |

Tab. 2.4.: Vergleichende Antworten von Arzt und Pflegepersonal (n=47)

|                                     | Arzt |      | Pflegep. |      |
|-------------------------------------|------|------|----------|------|
|                                     | ja   | nein | ja       | nein |
| Behandlung angemessen               | 40   | 7    | 43       | 4    |
| Kontakt des Arztes<br>zum Patienten | 31   | 16   |          |      |
| Aufenthalt notwendig                | 36   | 11   | 28       | 19   |
| Entlassung möglich in:              |      |      |          |      |
| Wohnheim                            | 2    |      | 1        |      |
| Altersheim                          | 1    |      | 3        |      |
| Pflegeheim                          | 24   |      | 18       |      |
| keine Entlassung                    | 20   |      | 25       |      |

Es fiel auf, daß die Ärzte nur bei 1 Patienten, das Pflegepersonal bei 3 Patienten für eine Entlassung in ein Altersheim plädierten. Der Großteil der Patienten könnte nur in ein Pflegeheim oder gar nicht entlassen werden.

Die Gründe für den noch immer andauernden stationären Aufenthalt der Patienten lagen nach Meinung der Ärzte vor allem in der Psychopathologie der Erkrankungen (29 = 62%), während wir dies nur bei 17 Patienten (36%) gegeben sahen.

Sowohl Untersucher wie behandelnder Arzt machten bei jeweils 16 Patienten die sozialen Umstände und eine fehlende Wohnmöglichkeit für den stationären Verbleib verantwortlich.

Bei 10 Patienten schien dem Untersucher die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten gestört, indem lange nicht mehr eine Veränderung des klinischen Bildes von seiten des Arztes in Erwägung gezogen worden war, die vielleicht schon eingetreten war.

Es fiel uns weiterhin auf, daß 40 Patienten von 47 (85%) nur medikamentöse Therapie erhielten, weder sich an Stationsarbeit noch der Beschäftigungstherapie oder ähnlichem beteiligten.

## Diskussion

Zusammenfassend sei nochmals erwähnt, daß zu unserer Studie Patienten zählten, die sich an einem Stichtag länger als 6 Monate und kürzer als 3 Jahre im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren in stationärer Behandlung befanden.

Sie wurden mit einem halbstandardisierten Interview, das aus einem von uns zusammengestellten Fragebogen, der Impairments Rating Scale, dem Disability Assessment Schedule und teilweise dem Present State Examination bestand, untersucht. Daten der Krankengeschichte wurden erhoben, Aussagen des Pflegepersonals, der Ärzte, der Patienten und der Eindruck des Interviewers wurden verglichen.

Die spezifischen Merkmale dieser neuen Langzeitpatienten sollten erfaßt werden, die Gründe Ihres Aufenthaltes untersucht und - wo möglich - Alternativen angeboten werden.

Im Folgenden sollen deshalb die eigenen Ergebnisse mit denen ähnlicher Studien verglichen und diskutiert werden.

### 1. Charakteristische Merkmale neuer Langzeitpatienten

#### 1.1. Die Theorie der "jungen, männlichen, ledigen" und der "älteren, weiblichen, verwitweten Patienten"

Alter und Geschlecht können nicht getrennt betrachtet werden, da sich vielfach ein enger Zusammenhang zwischen jüngeren männlichen und älteren weiblichen Patienten herausgestellt hat; dies bestätigen die Arbeiten von Magnus (1967)<sup>19</sup>, Cross (1972)<sup>8</sup>, Hailey (1974)<sup>15</sup>, Mann (1976)<sup>21</sup> und Babiker (1980)<sup>1</sup>.

Allgemein wird auf den hohen Anteil der Patienten über 60 Jahre hingewiesen, der bei Jakubaschk (1980)<sup>16</sup> 46% der Patienten darstellt. Schon bei Magnus (1967)<sup>19</sup> nehmen die über 65jährigen mehr als ein Drittel der neuen Langzeitpatienten ein. Brown (1960)<sup>5</sup> stellt fest, daß mit zunehmendem Alter die Entlassungsquote sinkt und Babiker (1980)<sup>1</sup> geht soweit, zu behaupten, daß über 65 Jahre die Möglichkeit der Entlassung nur noch vom Alter abhängt. Außer Brown (1960)<sup>5</sup>, der sich vornehmlich noch mit alt-chronischen Patienten beschäftigt und Wing (1970)<sup>29</sup>, der nur weibliche Patienten unter 60 Jahre untersucht, stellen die übrigen Autoren alle zumindest ein Überwiegen der Frauen unter neuen Langzeitpatienten fest (Magnus (1967)<sup>19</sup>, Cross (1972)<sup>8</sup>, Mann (1972)<sup>20</sup>, Hailey (1974)<sup>15</sup>, Mann (1976)<sup>21</sup>, Babiker (1980)<sup>1</sup>, Jakubaschk (1980)<sup>16</sup> und Johnstone (1981)<sup>17</sup>).

Auch in unserer Studie fällt der hohe Anteil von Frauen in der Gruppe von über 60 Jahren auf.

Außergewöhnlich hoch allerdings stellt sich der Anteil von 70% männlichen Patienten in der Gruppe unter 60 Jahren dar, den wir in diesem Ausmaß nirgends in der Literatur finden.

Wenn man bedenkt, daß von diesen 55 männlichen Patienten nur zwei verheiratet sind, die anderen ledig oder geschieden, so lassen sich doch einige Überlegungen an dieses Ergebnis anknüpfen:

Wie Abb. 1.3. zu entnehmen ist, erkrankten die meisten Patienten vor dem 40. Lebensjahr mit einem Gipfel zwischen 20 und 30 Jahren; d. h. in einem Alter, in dem bei den meisten eine Partnersuche oder -Bindung stattfindet, sind unsere Patienten schon erkrankt und zum erstenmal psychiatrisch behandelt worden. Wir glauben, daß vor allem die männlichen Patienten durch den Krankheitsbeginn und die weitere psychiatrische Karriere doch soweit behindert waren, daß keine dauerhafte Partnerschaft, die auch noch weitere Krankheitsschübe und -Folgen mitgetragen hätte, zu-

stände kommen konnte.

Daß signifikant mehr Frauen verheiratet sind, spricht vielleicht für eine größere Toleranz von psychischen Erkrankungen bei Frauen unter 60 von seiten der Familie. Sicher spielt auch eine noch mögliche Beschäftigung im Haushalt eine Rolle, die der Frau zu Zeiten ambulanter Behandlung offensteht, im Gegensatz zu den männlichen Patienten.

Einzig in der Studie von Mann (1972)<sup>20</sup> finden sich 20% Verheiratete, die aber vor Aufnahme auch teilweise getrennt lebten. Bei Mann (1976)<sup>21</sup> leben 78% der Patienten entweder getrennt vom Partner oder sind ledig oder verwitwet, nur 19% haben noch geringen Kontakt zum Partner. Größere Wahrscheinlichkeit für Chronifizierung bestätigen auch andere Autoren den nicht in einer eigenen Familie lebenden Patienten (Brown (1960)<sup>5</sup>, Magnus (1967)<sup>19</sup>, Cross (1972)<sup>8</sup>, Mann (1976)<sup>21</sup>, Babiker (1980)<sup>1</sup>).

Hingegen findet Wing (1970)<sup>29</sup> bei den chronisch schizophrenen Frauen keine Korrelation mit Aufenthaltsdauer und Familienstand.

## 1.2. Geringe Schul- und Ausbildung und Arbeitslosigkeit als Chronizitätsfaktor

Wie fast überall in der Literatur sinken Patienten, die letztendlich über Jahre chronisch in psychiatrischen Anstalten verbleiben, in ihrer sozialen Schicht weiter ab, so daß bei Mann (1976)<sup>21</sup> 49% der Patienten in der niedersten sozialen Schicht liegen bei einer Abstufung in 5 Gruppen. 30% finden sich in der mittleren Gruppe. Bei Brown (1960)<sup>5</sup> entsprechen dieser niedersten Schichteinstufung sogar 56% der Patienten, wobei betont werden muß, daß es sich hierbei nur um chronische Schizophrenien handelt. Hollingshead und Redlich (1958)<sup>15b</sup> beschreiben in ihrer detaillierten Aufschlüsselung nach sozialen Klassen und Geisteskrankheiten, daß Patienten aus den untersten sozialen

Schichten wesentlich länger in stationärer psychiatrischer Behandlung verbleiben und in höherem Prozentsatz chronische Patienten werden.

Nimmt man Schul- und Ausbildung als einen Faktor der sozialen Schichtzugehörigkeit, so hatten zwar 47% (37) unserer Patienten unter 60 Jahren eine Lehre zumindest begonnen, 28% hatten dagegen nur die Hauptschule besucht, ohne eine weitere Ausbildung anzuschließen. Aus diesem relativ niederen Ausbildungsstand und daraus folgendem Sozialstatus ergibt sich ein hoher Anteil von Patienten ohne jegliche Berufsausbildung (41%).

Das relativ frühe Erkrankungsalter der Patienten (siehe oben) könnte auch auf die berufliche Karriere in diesem Zusammenhang Einfluß genommen haben. Es scheinen jedoch auch prämorbid berufliche Faktoren eine Rolle zu spielen, da Patienten, die überhaupt keine Ausbildung begonnen hatten, wesentlich länger stationär als ambulant behandelt werden ( $p < 0.005$ ); d. h. Patienten, die schon ohne Beruf und Ausbildung stationär psychiatrisch aufgenommen werden, verbleiben viel eher primär chronisch in einer Anstalt als Patienten mit zumindest begonnener Berufsausbildung. Wahrscheinlich gestaltet sich die Rehabilitation dieser Patienten schon beim ersten Aufenthalt wesentlich schwieriger, da bei der heutigen Arbeitsmarktlage für ungelernte Arbeitskräfte noch wesentlich geringere Aussichten geboten werden als für gelernte.

Die Tatsache, daß nur 27% unserer Patienten unter 60 Jahren vor Aufnahme irgendeine Tätigkeit ausgeübt haben, unterstreicht weiterhin die Theorie, daß nicht berufstätige Patienten eher chronisch erkranken oder öfter wieder aufgenommen werden als Patienten, die zumindest eine Ausbildung nachweisen können.

Ähnliche Daten findet auch Johnstone (1981)<sup>17</sup>, bei dem nur 25% der Patienten vor Aufnahme regelmäßig arbeitet.

Zwei Jahre vor Aufnahme ohne Arbeit sind 40% der Patienten von Mann (1972)<sup>20</sup>.

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit nach der Entlassung stellt Magnus (1967)<sup>19</sup> fest, daß bei 47% der Patienten eine Wiederbeschäftigung möglich ist, während Babiker (1980)<sup>1</sup> 10% der männlichen und 15% der weiblichen Patienten sinnvoll außerhalb der Klinik beschäftigen kann. 75% aller Patienten klassifiziert er dagegen als "nicht sinnvoll beschäftigbar" nach Entlassung. (Babiker 1980)<sup>1</sup> Obwohl 51% der Patienten unter 60 vor Aufnahme in Heimen o.ä. Institutionen gelebt haben, - also schon "institutionalisiert" aufgenommen wurden - liegt auch hier die Anzahl von Patienten ohne Ausbildung aus Institutionen gering höher ( $p < 0.1$ ).

Aus den oben genannten Punkten folgern wir, daß Patienten, die ohne Berufsausbildung in stationäre psychiatrische Behandlung überwiesen werden, primär zu denen gehören, die länger als andere stationär bleiben, die dann in Heime überwiesen werden und von dort in gewissen Zeitabständen wieder in eine Anstalt gelangen, wobei man davon ausgehen kann, daß der Chronifizierungsprozeß durch den Heimaufenthalt keineswegs durchbrochen, sondern vielleicht eher noch verstärkt wird.

### 1.3. Zusammenhänge psychopathologischer Syndrome, Diagnosen und Aufenthaltsdauern - die Etikettierung schizophrener Patienten?

Die Diagnosenverteilung in Tab. 1.6. der Patienten unter 60 Jahren ordnet sich recht gut in das Bild der vorhandenen Literatur ein. Zum kurzen Überblick seien hier die Daten der wichtigsten Studien über neue Langzeitpatienten zusammengestellt:

| Diagnosen                                | Magnus <sup>1</sup><br>(1967)<br>n=178 | Mann <sup>4</sup><br>(1976)<br>n=400 | Mann <sup>5</sup><br>(1972)<br>n=62 | Babiker <sup>7</sup><br>(1980)<br>n=162 |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| Schizoph.<br>u. Paran. Psy.              | 47%                                    | 44%                                  | 44%                                 | 12%                                     |
| Affektive<br>Psychosen                   | 17%                                    | 16%                                  | 31%                                 | 11%                                     |
| Organ. Psy.                              | 23%                                    | 15%                                  | ausgeschl.                          | 53%                                     |
| Oligophrenien                            | -                                      | 2%                                   | -                                   | -                                       |
| Persönlichk.-<br>störungen<br>+ Neurosen | -                                      | 7%                                   | 21%                                 | 11%                                     |
| Sucht                                    | -                                      | 3%                                   | 3%                                  | -                                       |
| Andere                                   | 13%                                    | 13%                                  | -                                   | 12%                                     |

Außer bei Babiker (1980)<sup>1</sup>, der einen hohen Anteil organischer Störungen findet, bleibt die Rate an schizophrenen Erkrankungen doch in fast allen Studien - so auch bei uns mit 42% - zwischen 40 und 50% annähernd stabil.

Im Gegensatz dazu stellten wir die Diagnose "Affektive Psychosen" wesentlich seltener.

Rechnet man allerdings die Diagnosenverteilung der über 60jährigen hinzu, so erhalten auch wir eine hohe Anzahl von organisch bedingten Störungen in der Gesamtgruppe (insgesamt 38%). Bei 68% weiblicher Patienten in dieser Gruppe (über 60 Jahre) und 77% organischer Störungen bei den über 60jährigen zeigt sich auch bei uns das Überwiegen weiblicher Patienten mit der Diagnose "Senile und präsenile Demenz", das Babiker (1980)<sup>1</sup> mit 54 % seiner weiblichen Patienten angibt.

Nur bei 6 Patienten (13%) der über 60jährigen stellten wir die Diagnose "schizophrene oder paranoide Psychose"; wo-

bei diese Patienten schon jahrelang im Bezirkskrankenhaus aufgenommen sind und nur ein gescheiterter Entlassungsversuch in einem Heim meist nach Wochen oder Monaten zur Wiederaufnahme führte.

Daß bei der ständig steigenden Rate organischer Störungen, vor allem in der Gerontopsychiatrie, soziale und gesellschaftliche Faktoren, sowie steigende Heimzahlen eine Rolle spielen, sei gegen Ende der Arbeit noch einmal ausführlicher besprochen.

An der dagegen gleichbleibenden Schizophrenierate läßt sich erkennen, daß scheinbar immer ein konstanter Teil schizophrener oder paranoider Psychosen in ein chronisches Stadium übertritt. Bei Bleuler, M.(1972)<sup>3</sup> findet sich hier der Begriff der "Katastrophenschizophrenie", eine akute Verlaufsform, die primär zu schwersten Endzuständen führt. Diese Verlaufsform, die nach Bleuler wesentlich seltener geworden ist, finden wir kaum bei unseren Patienten, viel eher einen primär chronischen oder einen wellenförmigen Verlauf, der dann zu schweren Endzuständen führt. Dies trifft wohl auf 7 unserer 33 schizophrenen Patienten zu, die fast mutistisch oder in schweren Residualzuständen nicht in der Lage waren, sich über ihre psychopathologischen Symptome oder eigenen Bedürfnisse zu äußern.

Eine annähernd konstante Chronifizierungsrate für Schizophrenien findet auch Hailey (1974)<sup>15</sup>, während auch er einen ständigen Zuwachs von Demenzpatienten feststellt.

Diese Aussagen bestätigt auch Häfner (1980)<sup>14</sup>, obwohl er auch einen Anstieg der durch Alkohol verursachten Störungen und der Suizidrate beobachtet.

Cross (1972)<sup>8</sup>, der neue Langzeitpatienten unter seinen Tagklinikpatienten vermutet, stellt fest, daß von den schizophrenen Patienten nach einem Jahr noch 71% auf die Betreuung in der Tagklinik angewiesen sind. Bei den or-

ganischen Psychosen sind es noch 55%, bei den affektiven Psychosen 52% und bei den Neurosen 20%.

Wir stellen uns nun die Frage, ob auch bei unseren neuen Langzeitpatienten, die erst in den letzten Jahren erstmals an einer schizophrenen Psychose erkrankten, die Chronifizierungsrate der früherer Untersuchungen anderer Autoren entspricht.

Bei Addition aller stationären psychiatrischen Aufenthalte pro Patient, der sog. Gesamtaufenthaltsdauer, finden wir signifikant weniger ( $p < 0.005$ ) schizophrene Psychosen unter den relativ kurzen Aufenthaltsdauern von weniger als 24 Monaten. Abb. 1.2. zeigt, daß schizophrene Patienten ein ganz anderes Verteilungsmuster von Aufenthaltsdauern vorweisen als Patienten mit anderen Diagnosen. So liegt der Gipfel der nicht schizophrenen Patienten zwischen 1 und 2 Jahren, während er bei schizophrenen Patienten weniger deutlich, doch um etwa 1 bis 2 Jahre später, also bei 2 bis 4 Jahren Gesamtaufenthaltsdauer liegt.

Dies würde der Aussage von Brown (1960)<sup>5</sup> entsprechen, daß nach dem zweiten Aufenthaltsjahr schizophrene Patienten deutlich niedrigere Entlassungschancen haben als vor dem zweiten Jahr. Während nur noch ein geringer Prozentsatz nicht-schizophrener Patienten über 4 Jahre stationär in psychiatrischer Behandlung ist, steigt die Kurve für schizophrene Patienten jenseits der 48 Monate noch deutlich an. Somit wird offenbar, daß innerhalb der Gruppe der neuen Langzeitpatienten unserer Studie die schizophrenen Patienten durchschnittlich schon eine wesentlich längere psychiatrische Karriere mitgemacht haben und eigentlich erst nach vielen Jahren Krankheitsdauer chronisch in der Anstalt verbleiben.

Hierbei verwischen sich natürlich die Begriffe "neuchronisch" und "altchronisch", da schizophrene Patienten mit Gesamtaufenthaltsdauern von 5 - 10 Jahren ja schon längst

zu den altchronischen zählen. Meist liegen dazwischen relativ erscheinungsarme Phasen oder Heimaufenthalte, die bei Ausbruch eines neuen Schubs unterbrochen werden und eine Anstaltseinweisung erforderlich machen.

Schon 1959 stellt Wing<sup>28</sup> dabei fest, daß schizophrene Patienten, die älter als 35 Jahre sind, bei einem neuen Schub immer geringere Entlassungschancen aufweisen. Auch Cross<sup>8</sup> kommt 1972 zu dem Ergebnis, daß Aufenthaltsdauern auch von Tagklinikpatienten mit steigendem Alter zunehmen.

Von den 25 Patienten unserer Studie, die innerhalb der letzten 5 Jahre zum erstenmal psychisch erkrankten und behandelt wurden, sind nur drei schizophrene Patienten. Das spricht nach unserer Meinung für die Auffassung, daß der Verlauf schizophrener Psychosen in den letzten Jahren weniger dem einer "Katastrophenschizophrenie" ähnelt, sondern erst im Laufe der Jahre nach mehreren Schüben zur Chronifizierung führt.

So können wir, zumindest zu diesem Zeitpunkt, nicht feststellen, daß schizophrene Patienten in Kaufbeuren in gleicher Weise wie andere Patienten chronisch erkranken, sondern sogar derzeit einen weit längeren Krankheitsverlauf bis zur Chronifizierung aufweisen. In diesem Zusammenhang sei auf das PSE-Syndromprofil (Abb. 1.4.) von 24 der 33 schizophrenen Patienten verwiesen, die zwar von der Zeitdauer des Aufenthaltes durchaus schon zu chronischen Patienten zählen - auch unter Berücksichtigung der Ergebnisse des IRS und DAS - die aber zu 92% stark durch paranoide Vorstellungen im Alltagsleben beeinträchtigt sind und zu 67% ein positiv ausgeprägtes Kernsyndrom aufweisen.

Mit den Ergebnissen von Johnstone (1981)<sup>17</sup> verglichen, der nur in 40% ein positives Kernsyndrom feststellt in der Gruppe der schizophrenen Patienten, stellt dies einen hohen Anteil unserer Patienten dar, die an akuter Symptomatik,

den sog. "Florid Symptoms", mehr als an typisch chronisch schizophrenem Rückzugsverhalten leiden.

Sowohl Wing (1970)<sup>29</sup> als auch Babiker (1980)<sup>1</sup> und Johnstone (1981)<sup>17</sup> stellen bei ihren Patienten eine überwiegende Minussymptomatik fest, wobei Babiker als häufigstes eine Verlangsamung der Patienten (70%), ein Rückzugsverhalten bei 45% und Affektverflachung bei 44% angibt.

Doch auch in unserer Studie zeigen sich relativ hohe Werte schizophrener Patienten bei dem Syndrom: "Interesseverlust und Konzentrationsschwierigkeiten" (83%) und "Verlangsamung" (50%), was die Begriffe Aktivitätsverlust und verlangsamte Sprache bis zum Mutismus beinhaltet.

Obwohl charakteristisch für die Minussymptomatik würden wir diesen hohen Prozentsatz der beiden Syndrome nicht nur als diagnosenspezifisch bewerten, da auch - wie sich bei der Auswertung der Meinung des Pflegepersonals ergab - fast alle Patienten ein hohes Maß an Aktivitätsverlust und mangelnden Freizeitinteressen erlitten haben. Mutismus selbst zeigten nur diese 7 schizophrenen Patienten, die aus eben diesem Grund nicht befragt werden konnten.

Die hohe Anzahl der paranoiden "produktiven" Symptomatik läßt jedoch nicht den Schluß zu, daß der stationäre Aufenthalt eo ipso zum jetzigen Bild und zur Chronifizierung führt. Hierbei sei die Arbeit von Ciompi (1980)<sup>7</sup> erwähnt, der in seiner Theorie des "Artefaktes der chronischen Schizophrenie" die, von "unproduktiver Symptomatik charakterisierten Endzustände" (Ciompi 1976)<sup>6</sup> ganz in den Vordergrund stellt. Demgegenüber stehen unsere Patienten, die oft schon eine psychiatrische Karriere von über 10 Jahren durchlebt haben. Ein "Autismussyndrom" bei Patienten mit anderen Diagnosen können wir ebenfalls nicht feststellen, so daß wir der These Ciompis der "Unspezifität vieler als chronische Schizophrenien bezeichnete Erscheinungen" (Ciompi, 1980)<sup>7</sup> widersprechen müssen.

Wie die Ergebnisse der DAS und IRS zeigen, sind bei "Kontakte zur Außenwelt" und "Rückzugsverhalten" schizophrene Patienten zwar mehr behindert, jedoch nur auf einem Signifikanzniveau von  $p < 0.1$ . Dieses Ergebnis würde doch für eine Art "Hospitalismus" aller chronischen Patienten sprechen, wie es Wing 1970<sup>29</sup> und 1976<sup>31</sup> beschreibt.

Der, wenn auch nur gering vorhandene Unterschied zwischen schizophrenen und nicht-schizophrenen Patienten bei oben genannten Syndromen, scheint doch eine krankheitsspezifische Komponente schizophrener Störungen darzustellen, wobei dieses jahrzehntelang bestehende Dilemma der Psychiatrie zwischen krankheitsimmanenten oder umweltbedingten Störungen sicher noch lange nicht geklärt ist.

Ganz im Gegensatz zu Wing's ausführlichen Studien in "Institutionalism and Schizophrenia" (1970)<sup>29</sup> zeigt eine neuere Studie von Johnstone (1981)<sup>17</sup>, daß im Vergleich von schizophrenen Langzeitpatienten bei gleich langer Krankheitsdauer die verschiedenen Umweltbedingungen einer psychiatrischen Klinik oder einer Betreuung zu Hause in der Familie keinen Unterschied in der Ausprägung klinischer Verlaufsformen und psychopathologischer Erscheinungsbilder zeigen.

Ciampi (1980)<sup>7</sup> argumentiert in seinen Thesen für einen umweltbedingten "Artefakt" der chronischen Schizophrenie damit, daß Patienten vom Krankenhauspersonal und ihrer Umgebung durch die Diagnose Schizophrenie anders, vielleicht restriktiver behandelt würden und sich somit ein Circulus vitiosus im Verhalten des Patienten und der Reaktion durch die Umwelt bietet. Ähnliche Tendenzen können wir in unserer Studie nicht feststellen, während sich nämlich die Anzahl der "Besuche auf Station und zu Hause" bei schizophrenen Patienten als deutlich geringer erweist

als bei anderen, ist die Möglichkeit, Kontakt zu knüpfen in Form der Ausgangsregelung für beide Patientengruppen absolut identisch von Arzt und Pflegepersonal gehandhabt. (s. Tab. 1.8.)

Ein "Labeling" oder "Ettikettierung" im Sinne Troyans (1978)<sup>24</sup> halten wir daher nicht für einen gravierenden Hinderungsgrund einer Rehabilitation, obwohl zur endgültigen Klärung dieser Frage die Haltung der Angehörigen und Bekannten zur "Diagnose Schizophrenie" genauer untersucht werden müßte.

Das Nebeneinander von sog. produktiver Symptomatik und Minussymptomatik, das deutlich bei unseren Patienten zu beobachten ist, macht es so schwierig, diese oft in der Literatur getrennt betrachteten Erscheinungsbilder auseinanderzuhalten, so daß wir mehr zu der Ansicht neigen, die auch Ciompi (1980)<sup>7</sup> zum Schluß seiner Arbeit andeutet, daß das Nebeneinander akuter und chronischer Schizophrenie im Grunde nicht zu trennen ist.

Bei unseren Patienten stehen zum Großteil wohl die paranoiden und halluzinatorischen Symptome im Vordergrund, die derzeit eine Entlassung so schwierig gestalten.

Eine weitere Untergruppe schizophrener Patienten findet man, wenn man Patienten mit prozentual hohen stationären Behandlungsdauern untersucht.

Von den 25 Patienten, die über 50% ihrer bisherigen Erkrankungszeit stationär verbrachten, fallen 11 Patienten unter die Diagnose "schizophrene Psychose", wobei alle 11 an einer schweren paranoiden Beeinträchtigung leiden und deswegen nach Aussage des behandelnden Arztes nicht entlassen werden können. Obwohl dieser Anteil der Patienten keineswegs statistisch signifikant ist, muß bei Erwägung aller sozialer Faktoren und Hinderungsgründe der Entlassung doch berücksichtigt werden, daß es eine Gruppe schizophrener Patienten gibt, die so schwer und vor allem

auch über längere Zeit gleichbleibend erkranken, daß trotz Neuroleptika-Therapie keine entscheidende Besserung der produktiven Symptomatik erreicht werden kann und diese Patientengruppe somit zu den neuen Langzeitpatienten zählt.

Das Ausmaß an "psychischer Behinderung" schizophrener Patienten ist ein schwer zu definierender und zu messender Begriff, da er sich oft mit den Begriffen der Minussymptomatik überschneidet. Zu diesem Thema seien einige Ergebnisse von Wing (1970)<sup>29</sup> erwähnt:

In einem klinisch standardisierten Interview wird vor allem die Minussymptomatik untersucht, bestehend aus Affektverflachung, Spracharmut und Rückzugsverhalten. Da diese Symptome in hohem Maße miteinander korreliert sind, nennt Wing sie zusammenfassend "poverty of clinical condition". Ungefähr 30% seiner Patienten gehören dieser Gruppe an, während produktive Symptomatik eher zurücktritt.

Patienten, die zusammenhängend über ihre Wahnvorstellung sprechen können, gehören meist nicht zur Gruppe der "poverty of clinical condition". Dagegen war "poverty of clinical condition" hoch korreliert mit "under-stimulating social environment", das verschiedene Faktoren beinhaltet: geringer Kontakt des Patienten zur Außenwelt, wenig persönliche Gegenstände, hoher Anteil an Zeit untätig sein, vom Pflegepersonal pessimistisch eingestuft werden.

Der oben schon erwähnte "geringe Kontakt zur Außenwelt" schizophrener Patienten, der etwas niedriger liegt als bei anderen Patienten, fällt auch in unserer Studie auf (Tab.1.8.)

Weiterhin stellt die geringe Beschäftigung der Patienten - innerhalb aller Diagnosengruppen - eines der größten Probleme dar und kommt in einem Durchschnittswert von 1.2 in der DAS gegenüber dem Optimalwert von 4.3 deutlich zum Ausdruck, wenn man berücksichtigt, daß durchschnittlich 45%

des Optimalwertes erreicht wurden. Dabei sind schizophrene Patienten in gleicher Weise wie andere Patienten unter 60 Jahren betroffen. Da eine Verbesserung dieses wenig fördernden Milieus auch eine Verbesserung klinischer Bilder bringt, wie Wing 1970<sup>29</sup> darlegt, könnte gerade auf dem Gebiet der Beschäftigung der Patienten ein therapeutischer Ansatz vielleicht wirkungsvoll eingesetzt werden.<sup>2</sup> Vielleicht sollte man in diesem Zusammenhang "sinnvolle Beschäftigung" nicht ganz vergessen, was oft nur ungenügend in den Bezirkskrankenhäusern der Fall ist. Auch die Unterpunkte "Freizeitinteressen" und "Arbeiten außerhalb der Klinik" liegen unter 50% des Optimalwertes.

Die mangelnde Aktivität und Aktivierung der Patienten, die gerade auch hier zum Ausdruck kommt, stellt Babiker (1980)<sup>1</sup> ebenfalls fest, wobei er bei 65% der Patienten ein "Fehlen von Freizeitinteressen" registriert. Hier stellt sich natürlich die Frage, wenn Patienten primär die meiste Zeit mit "Nichtstun" verbringen, wie soll dann die "aktive Freizeit" aussehen, welche Angebote haben die Patienten überhaupt, um Freizeit, wie sie in unserem täglichen Sprachgebrauch verwandt wird, zu gestalten? Es müssen hier sicher mehr Anregungen an Patienten herangetragen werden als man von ihnen selbst erwarten darf. Außerdem sollte man auch die finanzielle Seite des Freizeitproblems ansprechen, da für viele Patienten schon ein Ausflug oder ein Kinobesuch eine erhebliche finanzielle Auslage bedeutet.

Zusammenfassend wäre zu bemerken, daß die schizophrenen Patienten unserer Studie einen Anteil von 42% aller Patienten unter 60 Jahren einnehmen, vermehrt wegen ihrer produktiven Symptomatik behandelt werden, meist schon eine längere Krankheitsdauer vorweisen, Merkmale psychischer Behinderung geringfügig stärker im DAS und IRS ausgeprägt sind und bei schon lange bestehendem Krankheitsverlauf ver-

mehrt aus Institutionen kommen. Somit stellt diese Gruppe eine viel langfristigere und langsamere aber deutliche Chronifizierung dar als die nun folgenden Patienten anderer Diagnosen.

#### 1.4. Das Bezirkskrankenhaus als Auffangsystem sozialer, gesellschaftlicher und multimorbider Problempatienten

Neben den schizophrenen Störungen finden wir eine Aufteilung der Patienten in fast alle psychiatrischen Diagnosen. Betrachtet man noch einmal die Aufenthaltsdauer bei Stichtag (Abb. 1.1.) und die Dauer der Gesamtaufenthalte (Abb.1.2) so kann man daraus folgern: Nicht-schizophrene Patienten haben eine durchschnittliche Gesamtaufenthaltsdauer von 1 - 2 Jahren, liegen bei den Stichtagsaufenthalten noch relativ in der Anfangsgruppe von 1/2 bis 1 Jahr, die mit 44% die größte Gruppe darstellt. Somit ergibt sich die Frage, ob die Entlassungswahrscheinlichkeit für diese Patienten doch noch relativ hoch ist. Brown (1960)<sup>5</sup> zeigt z.B., daß innerhalb des ersten Jahres des Aufenthaltes ein hoher Prozentsatz der Patienten entlassen wird, d. h. die Gruppe der Patienten von 6 - 12 Monate Aufenthaltsdauer hätte noch eine gute Chance ohne besondere Zusatzmaßnahmen innerhalb des nächsten halben Jahres entlassen zu werden, da vielleicht nur außergewöhnliche soziale oder psychopathologische Umstände einen prolongierten Aufenthalt für notwendig erscheinen ließen.

Die erste psychiatrische Behandlung liegt bei 32% der unter 60jährigen innerhalb der letzten 5 Jahre, worunter alle Patienten mit der Diagnose Alkohol- und Drogenabhängigkeit fallen ( $p < 0.005$ ), gefolgt von organischen Störungen und Schwachsinn (insgesamt 10 von 25 Patienten). Dabei wird offensichtlich, daß gerade die jüngeren Patienten unter 40 zu dieser Gruppe gehören (Tab. 1.5.).

Auch Mann (1972)<sup>20</sup> kommt zu dem Ergebnis, daß 24% ihrer Patienten innerhalb der letzten 2 Jahre erst Kontakt mit der Psychiatrie hatten. Dabei erscheint die Zahl der Erstaufnahmen mit 16% bei unseren Patienten unter 60 noch relativ niedrig gegenüber 25% Erstaufnahmen bei Magnus (1967)<sup>19</sup> und 48% bei Babiker (1980)<sup>1</sup>.

Rechnet man die über 60jährigen unserer Studie hinzu, so finden wir insgesamt 20% Erstaufnahmen. Berücksichtigt man den hohen Anteil von Suchtpatienten und organischen Störungen, so können nicht allein psychopathologische Symptome für die schnelle Chronifizierung dieser Patienten verantwortlich gemacht werden. Gerade Suchtpatienten fallen auch unter diejenigen, die nach § 63 oder § 64 gerichtlich untergebracht sind (10%), was einen notwendigerweise längeren Aufenthalt erklärt.

Gerade die Suchtpatienten mit sozial schwierigeren Bedingungen, die ja oft Folge des Alkohols sind, verbleiben im Bezirkskrankenhaus, da keine andere Institution hier auch finanziell einspringt, so daß bei zerrütteter Familiensituation auch jüngere Patienten dann sehr schnell chronisch stationär bleiben.

Ein weiteres Problem stellen Patienten mit organischen oder neurologischen Zweiterkrankungen dar. So sind 13% der unter 60jährigen körperlich behindert. Bei den über 60jährigen benötigen 51% täglich Hilfe für Körperpflege und Ernährung, wobei 38% als vollständig pflegebedürftig eingestuft werden.

Neben den psychiatrischen Diagnosen untersuchen auch Jakubaschk und Böker (1980)<sup>16</sup> wieviele ihrer Patienten (Gesamtpatientenzahl der Universitätsklinik Bern) körperlich behindert sind oder pflegebedürftig. Dabei ergibt sich, daß 103 Patienten ausschließlich pflegebedürftig sind, ohne Notwendigkeit einer psychiatrischen Überwachung oder Therapie, das entspricht 19% der Patienten.

Weiterhin weisen "54 der 551 Patienten (...) ernstere sensorische oder körperliche Behinderungen" auf.

Bei Mann (1976)<sup>21</sup> fällt zumindest bei 15% der Patienten eine körperliche Behinderung auf.

Gerade hier zeigt sich, daß wiederum keine andere Institution so flexibel ist, all diese Probleme, die sich auch oft im rein Pflegerischen abspielen, zu übernehmen.

Neben den 11% Suchtpatienten unter 60 spielen bei weiteren 14%, also insgesamt bei einem Viertel der Patienten unter 60 Suchtprobleme eine gravierende Rolle bezüglich der Erkrankung. Dies gibt vor allem dann zu denken, wenn man wie Häfner (1980)<sup>14</sup> auch in einer neu aufgebauten gemeindenahen Psychiatrie eine ständige Zunahme alkoholkranker Patienten in stationärer Behandlung verzeichnen muß, wobei insgesamt in Mannheim Langzeitpatienten abnehmen, kurze und mittlere Aufenthalte jedoch ansteigen.

Es fällt weiterhin auf, daß die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bei dieser Patientengruppe mehr gestört erscheint als bei schizophrenen Patienten. In einer Gruppe von 25 Patienten, die auf die Frage "Haben Sie Kontakt zu Ihrem Arzt?" mit "nein" antwortet, finden sich fast alle Patienten mit Alkoholproblemen (sowohl Abhängigkeit wie Alkoholpsychosen,  $p < 0.005$ ).

Wir können nachweisen, daß diese Patientengruppe sich tatsächlich in ihrem Kommunikationsverhalten zu Arzt und Pflegepersonal deutlich von anderen Patienten unterscheidet. So stimmen diese Patienten wesentlich weniger mit Arzt und Pflegepersonal in ihren Antworten bezüglich sieben identisch gestellten Fragen (siehe Methoden) überein ( $p < 0.005$  Mediantest), ihr Kontaktverhalten wird meist anders beurteilt als sie es selbst beurteilen würden ( $p < 0.005$ ) und die Haltung des Pflegepersonals zeigt mehr Pessimismus bezüglich einer Entlassung ( $p < 0.05$ ). Dieses doch auffällige Zusammentreffen für den Patienten negativer Rehabilitationsfaktoren beinhaltet sicher auch einen Teil Fehleinschätzung

der Patienten selbst - vor allem bei Alkoholpsychosen, - ist damit für alle 25 Patienten jedoch noch lange nicht erklärbar. Daß ein Teil dieser Patienten schon deutlich hospitalisiert ist, zeigt, daß 7 dieser 25 Patienten ihrer Entlassung skeptisch gegenüberstehen ( $p < 0.025$ ). Diese scheinbar nur noch überwachende Funktion, die hier das Bezirkskrankenhaus übernommen hat, könnte somit auch auf die Patienten übergegangen sein. Auch Babiker (1980)<sup>1</sup> beschreibt, daß nach einem Jahr Aufenthalt ein Großteil der Ärzte dazu übergeht, die Betreuung der Patienten nur noch unter dem Aspekt der "Überwachung" anzusehen. Dies verknüpft mit der Diagnose "Alkoholabhängigkeit" und vielleicht auch etwas schwerer zugänglichen Patienten könnte diese pessimistische Haltung von Arzt und Pflegepersonal entstehen lassen. Es sei hierbei auch erwähnt, daß gerade das Pflegepersonal einer chronischen Alkoholikerstation, die auch gerichtlich untergebrachte Patienten betreut, mit dem Hinweis, der DAS-Fragebogen der WHO wäre für "ihre Patienten nicht zutreffend" ein Ausfüllen desselben ablehnte und auf die Arbeitsüberlastung auf Station verwies. Vielleicht sollten sowohl Ärzte wie Pflegepersonal ihre eigene Einstellung zu Suchtpatienten, die sicher nicht zu den erfolgreich zu therapierenden in der Psychiatrie gehören, einmal überprüfen.

## 2. Gründe des stationären Aufenthaltes

### 2.1. Psychische Behinderung und Hospitalismus als Hinderungsgrund der Entlassung?

Schwarz und Michael (1977)<sup>23</sup> teilen psychische Behinderung in mehrere Faktoren auf: Die prämorbidie Behinderung, primäre Behinderungen, die eine direkte Folge der Erkrankung darstellen und sekundäre Behinderungen, die aus langen

Hospitalisationszeiten resultieren und dem Begriff des "Institutionalismus" oder des Hospitalismus nach Wing (1970)<sup>29</sup> entsprechen.

Nach Ansicht Wings nimmt die Hospitalisierung mit der Länge des stationären Aufenthaltes zu. So wollen nur noch 33% seiner Patienten, die zwischen 2 und 10 Jahren hospitalisiert sind, entlassen werden, 27% stehen der Frage der Entlassung gleichgültig gegenüber und 18% wollen bleiben. Bei Patienten mit stationärem Aufenthalt über 21 Jahren wollen nur noch 6% entlassen werden. Von den Patienten bei Mann (1976)<sup>21</sup> wollen 30% entlassen werden, 40% glauben, daß sie wegen noch vorhandener psychiatrischer Symptome behandelt werden müßten, weitere 30% wollen nicht entlassen werden. Bei Mann (1972)<sup>20</sup> wollen 45% definitiv nicht entlassen werden, wobei sich keine Korrelation mit der Länge des vorangegangenen stationären Aufenthaltes zeigt. Von den 162 Patienten Babikers (1980)<sup>1</sup> äußern sich 22% negativ bezüglich einer Entlassung, 42% positiv. Von den 68 Patienten unserer Studie unter 60, die bezüglich ihrer Entlassung gefragt werden konnten, wollen nur 10 Patienten (13%) nicht entlassen werden. Sie halten das Bezirkskrankenhaus für den für sie günstigsten Aufenthaltsort. Teilweise besitzen diese Patienten keinerlei Bezugspersonen außerhalb der Klinik, teilweise sind sie aber auch sehr lange hier, daß man ihnen das "Heimatrecht" sozusagen nicht absprechen kann. Bei den über 60jährigen stellt es sich als noch schwieriger heraus, eine Meinung über ihre Entlassung zu erhalten, da eine Vielzahl desorientierter Patienten zu dieser Gruppe zählt.

Die älteren Patienten, die antworten konnten, möchten entweder nach Hause zu Verwandten oder sehen ihre Situation recht hoffnungslos.

Doch gerade die Patienten unter 60 Jahre würden wir im Gegensatz zu den Zahlen von Wing (1970)<sup>29</sup>, Mann (1976)<sup>21</sup> und Babiker (1980)<sup>1</sup> als sehr wenig hospitalisiert betrach-

ten und bezüglich der Entlassung aktiver als Arzt und Pflegepersonal dies oft tun, einschätzen (Tab. 1.10.). Dies erscheint uns auch als weiteres Zeichen dafür, daß es sich hier noch um relativ neue Langzeitpatienten handelt, von denen nur eine kleine Gruppe, die eben am Stichtag zufällig auch unter die Kriterien der Studie fiel, zu den altchronischen Patienten zählt. So spielt der Hospitalismus als Hinderungsgrund der Entlassung hier eher eine untergeordnete Rolle, zumindest wesentlich geringer als man dies in der Literatur beschrieben findet.

## 2.2. Rückkehr in die Familie - eine Illusion vieler Patienten?

Schon Magnus (1967)<sup>19</sup> stellt fest, daß ein Viertel seiner "New chronics" in der Lage wäre, in ambulanter Nachsorge zu leben, wobei die Meinungen der Ärzte und der jeweiligen Institution wahrscheinlich differieren bezüglich der Aufnahmekriterien, und nur eine ungenügende Kooperation zwischen Klinik und ambulanten Diensten zustande kommt. Er glaubt deshalb, daß stärkere Zusammenarbeit zwischen diesen und Einbezug der Familien der Patienten eine neue chronische Population verhindern könne.

Für ihre Patienten fordern Mann und Sproule (1972)<sup>20</sup> Einrichtungen in acht verschiedenen Abstufungen von Aufsicht, Pflege und Selbständigkeit um 73% ihrer "New chronics" entlassen zu können. Außerdem würde dies auch bedeuten, daß sich ein Großteil der Patienten mit einem Leben in Heimen oder Institutionen im weitesten Sinne abfinden müsse; denn es besteht auch in dieser Studie eine große Diskrepanz zwischen den Wünschen der Patienten, in die Familie zurückzukehren und dem Willen der Angehörigen, den jeweiligen Patienten bei sich aufzunehmen.

Mann und Cree (1976)<sup>21</sup> betrachten 19% ihrer Patienten als entlassungsfähig und geben als Grund des Verbleibs an,

daß neben einer Selbstvernachlässigung der Patienten vor allem Angehörige fehlen, oder auch andere Verwandte, bei denen entlassene Patienten wohnen könnten. Weiterhin benötige man mehr beschützende Wohngemeinschaften. Für ein Drittel der Patienten seien negative Verhaltensweisen der Grund ihres stationären Aufenthaltes, für ein weiteres Drittel das Fehlen von positiven Maßnahmen, für 20% die Reaktionen der Verwandten bei möglicher Entlassung und für 16% rein medizinische Gründe.

Hailey (1974)<sup>15</sup> sieht eine konstante Zunahme der neuen Langzeitpatienten, die mehr Heimunterbringungen fordern und eine neue Art der Tagesbetreuung (s.auch Gudman 1983<sup>13a</sup>).

Während die behandelnden Ärzte unserer Studie einen Großteil der Patienten wegen psychopathologischer Symptome (46%) nicht für entlassungsfähig halten, glauben sie doch bei 22%, daß soziale Gründe ausschlaggebend seien und vor allem geeignete Wohnmöglichkeiten fehlen.

Bietet man verschiedenste Wohnmöglichkeiten zumindest theoretisch zur Auswahl, so erscheinen den Ärzten nur noch 29% der unter 60jährigen nicht mehr entlassungsfähig. Während Ärzte und Pflegepersonal den größten Teil der Patienten (51%, 53%) in die verschiedenen Institutionen entlassen würden, erscheint das Wohnen der Patienten in ihren eigenen Familien nicht zur Diskussion zu stehen. Dasselbe gilt für das selbständige Wohnen in eigener Wohnung oder Zimmer. Für einige Patienten sehen vor allem die Ärzte noch die Möglichkeit einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Abgesehen davon, daß diese Möglichkeiten, die anzukreuzen waren, meist gar nicht vorhanden sind oder mit langen Wartezeiten verknüpft, erscheint es uns doch außerordentlich wichtig, festzuhalten, daß sowohl Ärzte wie Pflegepersonal immer mehr dazu tendieren, chronische Patienten auch unter 60 Jahren in Institutionen wie Wohnheime, Pflegeheime, Altersheime usw. zu entlassen.

Im krassen Gegensatz dazu steht der Wunsch der Patienten,

zu Angehörigen oder Verwandten in eine Familie zurück-zukehren (Tab. 1.10), wie Mann schon 1972<sup>20</sup> feststellt. So wollen 42 von 69 Patienten entlassen werden und entweder selbständig oder in der Familie leben. Nur 12 Patienten wollen von sich aus in ein Heim übersiedeln. Vielleicht scheitern auch daran die vielen Heimentlassungen, bei denen der Patient nach Wochen wieder zurückkommt; denn Arzt, Pflegepersonal und meist auch der Sozialarbeiter, der mühsam den Heimplatz besorgt hat, halten diese Heimverlegung für eine akzeptable und gute Möglichkeit, aber der Patient war im Grunde nie wirklich damit einverstanden. Da es in den Heimen oft weder Beschäftigungstherapie noch Arbeiten zu verrichten gibt, sind die Patienten dort noch zurückgezogener, inaktiver und schließlich "hospitalisierter" als im Bezirkskrankenhaus.

Gerade Cross (1972)<sup>8</sup> zeigt schon sehr deutlich, wie neben Tageskliniken auch Heime ein großes Maß an Hospitalismus erzeugen und somit eine Heimverlegung eigentlich nicht als therapeutischer Fortschritt gewertet werden kann.

Oftmals erscheint es - zumindest nach Aussage des Arztes und des Pflegepersonals - "therapeutisch nicht fördernd" für einen Patienten, in die Familie zurückzukehren, da familiäre Spannungen, ja gerade bei schizophrenen Patienten einen erneuten Schub auslösen können, doch können Ansätze in der Sozialtherapie der Familie - wenn diese dazu bereit ist - doch sehr gute Erfolge erzielen, wie Arbeiten von Leff (1982)<sup>18</sup> und Falloon (1982)<sup>11</sup> über kontrollierte Studien von Familientherapie bei schizophrenen Patienten zeigen.

Unsere Frage ob die Familie des Patienten diesen bei Entlassung wieder aufnehmen würde, konnten so wenige Ärzte beantworten, daß wir sie nicht weiter auswerteten. Dies zeigt, daß der Kontakt der Familie zum Patienten oder

vielleicht auch zum Arzt gar nicht vorhanden ist, was auch durch große räumliche Distanzen innerhalb des Einzugsgebietes erklärbar wäre.

Die Alternative von gemeindenahen Einrichtungen, wie sie in den USA - unter Berücksichtigung eines völlig anderen Gesundheitswesens - schon einige Zeit bestehen, zeigt, daß auch in kleineren vom Staat eingesetzten Einheiten, die Tagesbetreuung übernehmen, Patienten chronisch verbleiben, nicht in die Gemeinde integriert werden, und Kontakte auf Mitpatienten und Betreuer beschränkt bleiben (Mollica (1983)<sup>22</sup>).

Weiterhin verschwimmen in der Vielzahl kleiner Einheiten und verschiedener Berufsgruppen, die darin arbeiten, die Aufgaben des Einzelnen, so daß der Patient innerhalb der Einrichtungen "verschoben" wird, ohne daß jemand die Verantwortung für Möglichkeit und Ziel der therapeutischen Maßnahmen übernimmt (Mollica (1983)<sup>22</sup>).

So erscheint es doch wünschenswert für die Patienten, eine feste Bezugsperson zu finden, sei es innerhalb der Klinik oder einer ambulanten Einrichtung, aus dem Pflegepersonal, den Sozialarbeitern oder im Einzelfall vielleicht auch aus der Familie. Wichtig wäre hierbei, daß eine Kontinuität gewährleistet ist und ein therapeutisches Ziel und dessen Verwirklichung ins Auge gefaßt wird. Vielleicht wäre auch die Kontinuität dieser Bezugsperson gerade das, wonach die Patienten in der Familie suchen, nämlich eine konstante vertraute Einheit, in der sie sich zurechtfinden können.

Eine Aufnahme chronischer Patienten ohne eigene Familie in neue "Gastfamilien" gegen Bezahlung, wie es in Zürich, Paris und seit neuestem auch in Hannover versucht wird, benötigt sicher zuerst Erfahrungen aller Beteiligten, um über therapeutischen Wert und Nutzen sprechen zu können. Wie schwierig sich eine Vermittlung in der Praxis dann erweist, zeigen Berichte von Lehrmann und Nußbaum (1983)<sup>19a</sup> wobei sich zumindest zeitweilige Erfolge einstellen.

### 2.3. Störung der Interaktion der Stationseinheit

Die Auswertung eines kurzen von uns selbst zusammengestellten Fragebogens (siehe Methoden), den wir an Pflegepersonal, Arzt und Patient verteilten, wollen wir hier sowohl unter dem Kriterium des Ergebnisses der Fragen bewerten, wie aber vor allem, inwieweit das Pflegepersonal und der behandelnde Arzt ihren Patienten, dessen Fähigkeiten und Wünsche kennen.

Ähnliche Untersuchungen können wir in der Literatur kaum finden, höchstens in der umfangreichen Studie von Mann (1976)<sup>21</sup> und der Ward Behaviour Rating Scale von Wing (1970)<sup>29</sup>, die allerdings nur das Pflegepersonal betrifft. Die Frage nach der Entlassung bestätigt wieder das Ergebnis von 2.1.; sowohl Arzt wie Pflegepersonal wissen, daß die meisten Patienten entlassen werden wollen und die Patienten stimmen hier auch zu.

Bei der Frage nach der Notwendigkeit des Aufenthaltes findet sich zwar eine relativ hohe Übereinstimmung zwischen Arzt und Pflegepersonal mit 63%, wobei für 33% der Aufenthalt übereinstimmend für notwendig, für 30% übereinstimmend für nicht notwendig erklärt wird, die Patienten dagegen zeigen bei dieser Frage die geringste Übereinstimmung sowohl mit dem Arzt (nur 45%) wie mit dem Pflegepersonal (48%).

Dies könnte einerseits für einen typisch psychiatrischen Faktor sprechen, nämlich die Krankheitsuneinsichtigkeit der Patienten. Da aber andererseits ein Großteil von Arzt und Pflegepersonal der Meinung ist, daß der Aufenthalt nicht notwendig ist, könnten die Antworten auch dieser Patienten vielleicht doch ein berechtigtes Verlangen darstellen, die Notwendigkeit des Aufenthaltes zu überprüfen.

Bei der Arbeitsfähigkeit der Patienten ist mit 71% die höchste Übereinstimmung zwischen Arzt und Pflegepersonal

gegeben, wobei beide Gruppen meistens den Patienten für nicht arbeitsfähig halten und die Patienten selbst sich viel öfter für arbeitsfähig halten.

Auch Babiker (1980)<sup>1</sup> stellt fest, daß 75% der Patienten aus der Sicht des Arztes für nicht arbeitsfähig angesehen werden. Wenn sich ein Teil der Patienten selbst schon eine Beschäftigung zutraut, warum sollte man diesen Versuch nicht unterstützen? Vielleicht wird hier der Fehler gemacht, daß "Ärzte traditionsgemäß Symptomatik beurteilen, d. h. Defizite und Insuffizienzen stärker als Fähigkeiten sehen und bewerten", wie Fähndrich (1982)<sup>10</sup> bei der Einschätzung gerontopsychiatrischer Patienten beobachtet.

Erstaunlicherweise gibt es auch einige Fragen, deren Antworten so willkürlich verteilt sind, daß sich kein Schwerpunkt erkennen läßt, so z.B. die Frage nach der "Verbesserung des Zustandes". Hier scheinen die Meinungen sowohl der Patienten wie der Ärzte und des Pflegepersonals soweit zu divergieren, daß es fragwürdig scheint, ob die Beurteiler hierfür bestimmte Kriterien anwenden oder doch mehr zufällig vom jeweiligen momentanen Zustand des Patienten, der vielleicht von Tag zu Tag wechselt, beeinflusst sind. Am ehesten entspricht das subjektive Gefühl der Patienten über eine Verbesserung oder nicht dem Urteil des Pflegepersonals, das die Patienten ja täglich sieht und hierbei ihr Urteil nach anderen Gesichtspunkten als der behandelnde Arzt fällt.

Bei der Frage der Angemessenheit der Behandlung zeichnet sich eine häufigere Verneinung des Arztes bei gleichzeitiger Bejahung des Pflegepersonals ab, wobei man dies als eine etwas konservative Haltung des Pflegepersonals interpretieren könnte.

Erstaunlich ist jedoch der Anteil von 37% negativer Antworten bei den Ärzten, was eigentlich einer starken Kritik entspricht, aber scheinbar ohne Konsequenzen für den Pa-

tienten bleibt. Insgesamt läßt sich aus dieser Fragen-gegenüberstellung schließen, daß Patienten sich selbst oft für aktiver einschätzen als ihre Umgebung dies tut, und daß zwischen Ärzten und dem Pflegepersonal und auch den Patienten doch deutliche Unterschiede hinsichtlich Einstellungen und Erwartungen an psychiatrische Therapie zum Ausdruck kommen.

#### 2.4. Gerontopsychiatrische Probleme

Geht man von Jakubaschk's Feststellung (1980)<sup>16</sup> aus, daß 50% aller über 65jährigen psychiatrischen Patienten "fehlplaziert" sind, meist mit organischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit einer reinen "psychiatrischen Überwachung" bedürfen, so wird mit den steigenden Aufnahmen gerontopsychiatrischen Patienten im Bezirkskrankenhaus ein noch nicht absehbares Problem der Versorgung der über 60jährigen auf uns zukommen.

Dabei stehen in unserer Studie Alters- und Pflegeheime an erster Stelle als Einweisungsinstitution, gefolgt von Verwandten der Patienten. Die fast alle schon berenteten Patienten, die auch vor Aufnahme keine Nebentätigkeit mehr ausübten, stehen meist schon unter Pflegerschaft. Bei einer schwerpunktmäßigen Aufenthaltsdauer von 12 bis 24 Monaten - im Gegensatz zu jüngeren Patienten - (Abb. 2.2.) fand der erste Kontakt mit der Psychiatrie bei 68% innerhalb der letzten 5 Jahre statt. Die Zunahme alter Patienten mit organischen Störungen, die erst in letzter Zeit Kontakt zur Psychiatrie haben und dann dort chronisch verbleiben, wird fast überall in der Literatur bestätigt (Magnus 1967<sup>17</sup>, Hailey 1974<sup>15</sup>, Mann 1976<sup>21</sup>, Babiker 1980<sup>1</sup>, Jakubaschk 1980<sup>16</sup>).

Erschwerte Bedingungen wie körperliche und sensorische Störungen, auf die auch Jakubaschk und Böker (1980)<sup>16</sup> hinweisen (s. 1.4.) können auch wir bestätigen:

6 der 47 älteren Patienten zeigen eine so ausgeprägte Schwerhörigkeit, daß nur noch eine schriftliche Kommunikation möglich ist. Zu Beginn einer Situationsbesserung dieser Patienten müßte wohl eine genaue und mühevoll zusammenarbeit mit einem Hals-Nasen-Ohrenarzt stehen.

Gerade die 51% Patienten, die sich nicht mehr selbst versorgen können und erhöhten pflegerischen Aufwand benötigen, werden meist von den Heimen eingewiesen, wobei eine Rückkehr von vornherein ausgeschlossen wird.

Die erhöhte Selektionsmöglichkeit der Heime, die Patienten ja nicht aufnehmen müssen, scheint gerade diejenigen Patienten dem Bezirkskrankenhaus zuzuleiten, die aus den verschiedensten Gründen zuviel personellen Aufwand benötigen. Hinzu kommt, daß - wie die Ergebnisse der IRS in Tab. 2.3. zeigen - alte Patienten sowohl im Kommunikationsverhalten wie bei geistigen Fähigkeiten und Rückzugsverhalten deutlich schwerer behindert sind als Patienten unter 60 Jahren (1.64 von 2 gegenüber 1.05 von 2).

Befragt man Ärzte und Pflegepersonal über den Grund des Aufenthaltes der Patienten, so antworten 62% mit der Schwere der Psychopathologie der Erkrankung.

Bietet man auch hier wiederum verschiedene Wohnsituationen an, so würden doch die Ärzte 63% der Patienten in Heime, vor allem Pflegeheime verlegen, soweit diese die Patienten aufnehmen würden. Im Gegensatz zu den jüngeren Patienten finden hier die behandelnden Ärzte die Behandlung öfter für angemessen und den Aufenthalt, im Gegensatz zum Pflegepersonal, öfter für notwendig.

Insgesamt erscheint uns die Situation dieser Patienten noch wesentlich pessimistischer beurteilt zu werden, der Aufenthalt dient nur noch der Überwachung, was sich auch darin zeigt, daß 85% der Patienten nur medikamentöse Therapie erhalten und auch innerhalb der Stationen keine

Beschäftigung der Patienten versucht wird, sondern die meist körperliche Pflege im Vordergrund steht.

Als Alternativen haben sich in letzter Zeit ambulante Altenbetreuungscentren herauskristallisiert, wie sie z.B. von der psychogeriatrischen Tagesklinik des Allgemeinen Krankenhauses Ochsenzoll in Hamburg unterhalten wird (Böker 1982)<sup>4</sup>. Daß auch hierfür bestimmte Bedingungen erforderlich sind, denen nicht alle Patienten entsprechen, versteht sich von selbst. Daß manchmal aber auch Patienten zu früh in Vollversorgungseinrichtungen verlegt werden, zeigt eine katamnestische Nachuntersuchung von Fähndrich (1982)<sup>10</sup>, in der Patienten eine Selbständigkeit noch entgegen ärztlicher Prophezeiung über längere Zeit aufrecht erhalten konnten. Dabei spielen Versorgungen wie Hauspflege, Essen auf Rädern, Hilfe durch Freunde und Verwandte, sowie ambulante Betreuung einer gerontopsychiatrischen Abteilung eine erhebliche Rolle. Vielleicht können diese Alternativen für nicht vollständig pflegebedürftige ältere Patienten in Betracht gezogen werden.

## 2.5. Chronische Patienten - "vergessene Patienten"?

Abschließend bildete sich für jeden Patienten der Interviewer ein Urteil, was seiner Meinung nach die Ursache sein könnte, daß der Patient noch immer stationär aufgenommen ist.

Dabei fällt uns bei 14% der Patienten unter 60 und 10 Patienten über 60 auf, daß die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht optimal erschien. Dies wurde aus dem Gespräch mit den Patienten, den Eintragungen der Krankengeschichte bzw. ihrem Fehlen und der Auswertung der Fragebögen von Arzt, Pflegepersonal und Patient festgestellt. Daß diese Patientengruppe wirklich eine Sonderstellung

einnimmt, beweisen auch die Ergebnisse dieser 14 Patienten unter 60 Jahre, die vermehrt über 50% der Zeit stationär aufgenommen sind ( $p < 0.005$ ) und bei denen die Ärzte selbst einen schlechteren Kontakt angeben ( $p < 0.1$ ).

Eine Zuordnung zu bestimmten Stationen ist nicht evident. Berücksichtigt man zusätzlich die Gruppe von Patienten, die von sich aus angeben, keinen Kontakt zu ihrem Arzt zu haben (s. 1.4.) - wobei sich sicher hier einige Überschneidungen mit obigen Patienten finden - so läßt sich aus diesen Ergebnissen doch einiges ableiten:

Eine Gruppe chronischer Patienten, verteilt auf das ganze Bezirkskrankenhaus, wird von Arzt und Pflegepersonal weniger beachtet als andere, gehört sozusagen zu den "vergessenen Patienten", die schon solange oder auch immer wieder auf Station leben und dabei entweder ihre eigenen Bedürfnisse nicht stark genug zum Ausdruck bringen können oder vielleicht auch schwer zugänglich sind. So könnte man diese chronischen Patienten als "Mitläufer" auf Station betrachten, deren eigene Probleme jedoch nie intensiv angegangen werden, weil sich selbst der behandelnde Arzt mit der gegebenen Situation abgefunden zu haben scheint.

Hiermit wollen wir keinerlei Vorwurf gegen Arzt oder Pflegepersonal erheben, sondern lediglich eine Situation wie sie auch in der "neueren Psychiatrie" vorkommt, schildern, weil trotz aller Bemühungen es scheinbar immer wieder Patienten gibt, die einem noch so engmaschigen Netz entschlüpfen und dann als diese chronischen, isolierten Patienten auf den verschiedensten Stationen wiederzufinden sind.

### Zusammenfassung

Mitte der 60er Jahre fand sich in der Literatur bei Magnus<sup>19</sup> zum ersten Mal der Begriff der "new chronics" oder neuen Langzeitpatienten in der Psychiatrie.

Darunter verstehen Magnus und Autoren wie Mann<sup>20,21</sup>, Babiker<sup>1</sup>, Hailey<sup>15</sup> und Cross<sup>8</sup> eine Gruppe von Patienten, die zwischen 1/2 oder 1 Jahr und 3 Jahren sich stationär in psychiatrischer Behandlung befinden, obwohl im Zuge der Einführung der Neuroleptika und veränderter Einstellungen zu chronischen Patienten versucht wurde, eine Entlassung alt-chronischer Patienten zu ermöglichen und neue Chronifizierungen zu verhindern.

Über diese neuen Langzeitpatienten berichteten Mann 1972<sup>20</sup> und 1976<sup>21</sup> in ausführlichen Studien von 15 psychiatrischen Kliniken in England und Wales, Cross 1972<sup>8</sup>, der dabei auch das Problem chronischer Patienten in Tagkliniken anspricht, und Hailey 1974<sup>15</sup>, der anhand einer statistischen Studie eine neue chronische Patientengruppe darstellt. Babiker zeigte 1980<sup>1</sup> ausführlich, welche sozialen und klinischen Korrelate mit dieser Gruppe verbunden sind und wie man frühzeitig solche Patienten erkennen kann. Das Problem der psychischen Behinderung und damit verknüpft der Hospitalismus, was beides für die Situation der neuen Langzeitpatienten eine Rolle zu spielen scheint, wurde in Arbeiten von Wing und Brown 1970<sup>29</sup>, Wing 1976<sup>31</sup>, Wing 1982<sup>34</sup> und Schwarz 1977<sup>23</sup> aufgegriffen.

Ob und inwieweit neue Langzeitpatienten auch im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren stationär aufgenommen sind, welche sozialen und klinischen Merkmale diese Patienten aufweisen, was die Gründe ihres Aufenthaltes sind und wie sie innerhalb der Station von Arzt und Pflegepersonal eingeschätzt werden, sollte anhand unserer Studie gezeigt werden.

Diese Fragestellung wurde mit der jeweiligen Krankengeschichte, einem Interview mit dem Patienten, Erhebungen des psychopathologischen Befinden (teilweise anhand des PSE<sup>32</sup>),

der Impairment Rating Scale (IRS)<sup>27</sup>, dem Disability Assessment Schedule (DAS)<sup>26</sup> und einem von uns zusammengestellten Fragebogen für Arzt, Patient und Pflegepersonal zu beantworten versucht.

126 Patienten waren an einem Stichtag zwischen 1/2 und 3 Jahren stationär im Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren aufgenommen. Es zeigte sich, daß von den 79 Patienten unter 60 Jahre 70% männlich waren mit einem Überwiegen alleinstehender Patienten mit geringer Schul- und Ausbildung. Nur 27% hatten vor Klinikaufnahme gearbeitet, die Mehrzahl kam aus Institutionen. 42% der Patienten unter 60 Jahre litten unter einer schizophrenen oder paranoiden Psychose, 14% an organischen Psychosen, 14% an Neurosen oder Persönlichkeitsstörungen, 11% waren Suchtpatienten. Schizophrene Patienten zeigten eine andere Verteilung der Gesamtaufenthaltsdauern und der Chronifizierung als Patienten mit anderen Diagnosen, waren stärker behindert im DAS bezüglich ihrer Kontakte und erreichten geringere Werte in der IRS. Patienten, die nach ihrer eigenen Aussage, keinen Kontakt zu ihrem Arzt hatten, bildeten eine Gruppe, die von Arzt und Pflegepersonal schlechter eingeschätzt werden konnte, die einer Entlassung skeptischer gegenüberstand als andere Patienten. Die Arbeitsfähigkeit der Patienten wurde von Ärzten und Pflegepersonal pessimistischer betrachtet als von den Patienten selbst. Als geeignete Wohnmöglichkeit bei Entlassung bezeichneten 50% der Ärzte und des Pflegepersonals verschiedene Institutionen, während 35% der Patienten bei Angehörigen leben wollten. Nur 13% der Patienten wollten nicht entlassen werden. Haupthinderungsgründe der Entlassung waren nach Meinung der Ärzte die krankheitsspezifische Psychopathologie (46%) gefolgt von sozialen Gründen (22%). Bei den über 60jährigen Patienten war ein Überwiegen weiblicher Patienten aus Alters- und Pflegeheimen festzustellen. 51% der Patienten benötigen täglich fremde Hilfe, die IRS fiel mit 1.64 im Gegensatz zu 1.05 (von 0-2) deutlich schlechter aus als in der Gruppe unter 60. Diagnostisch fanden sich 77% organische Störungen.

Wie auch in der Literatur schon beschrieben, konnten wir ein Überwiegen junger männlicher und älterer weiblicher verwitweter Patienten feststellen, wobei gerade in der Gruppe der jüngeren Patienten für uns der niedrige soziale Status, die geringe oder fehlende Ausbildung, die Untätigkeit des Patienten vor Aufnahme und Heime als frühere Wohnsitze bezeichnend waren.

Die Gruppe schizophrener Patienten schien unserer Meinung nach vor allem stationär aufgenommen, da eine produktive Symptomatik festzustellen war, weniger aus Gründen des Hospitalismus, der überhaupt in unserer Patientenpopulation nur eine geringe Rolle spielte.

Bei nicht schizophrenen Patienten spielten vor allem Suchtprobleme, soziale, rechtliche und finanzielle Faktoren eine große Rolle, wobei unserer Meinung nach keine andere Institution in der Lage war, diese verschiedenartigen Probleme zu bewältigen. Der Wunsch der Patienten, nach Hause zurückzukehren, schien nach Aussagen von Arzt und Pflegepersonal sich kaum verwirklichen zu lassen, die Praxis der Heimverlegung stellte sich jedoch nach der Erfahrung der Patienten als wenig erfolgversprechend heraus, so daß hier andere Möglichkeiten im Sinne engerer Zusammenarbeit mit Familien oder neue Modelle der Familienpflege bedacht werden mußten. Patienten über 60 brachten vor allem einen hohen pflegerischen Aufwand mit sich, den meist keines der Pflegeheime übernehmen wollte, Familien zur Aufnahme der Patienten fehlten, eine über das Pflegerische hinausgehende Therapie scheint derzeit die Stationen zu überfordern.

Die Interaktionen auf Station schienen in einigen Fällen gestört zu sein, so daß eine optimale Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Pflegepersonal nicht zustande kam und wir feststellten, daß ein Teil der neuen Langzeitpatienten schon in den Augen der Ärzte und des Pflegepersonals zu chronischen Patienten gezählt wird, für die das Bezirkskrankenhaus mehr eine überwachende Funktion darstellt.

Literatur

1. Babiker, I.E.: "Social and clinical correlates of the 'new' long-stay", Acta scand. psych. 61, 365-75, 1980.
2. Bennett, D.: "Social Forms of Psychiatric Treatment" in: Wing, J.K. (Ed.): "Schizophrenia - Towards a New Synthesis", London, 1978.
3. Bleuler, M.: "Die schizophrenen Geistesstörungen", Thieme-Verlag, Stuttgart, 1972.
4. Böker, K.: "Tagesklinische Behandlung in der Gerontopsychiatrie", Psychiat. Prax. 9, 67-75, 1982.
5. Brown, G.W.: "Length of hospital stay and schizophrenia - a review of statistical studies", Acta psychiat. et neurolog. scand. 35, 414-430, 1960.
6. Ciompi, L., C. Müller: "Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium", Springer, Berlin, Heidelberg, New York, 1976.
7. Ciompi, L.: "Ist die chronische Schizophrenie ein Artefakt? - Argumente und Gegenargumente", Fortschr. Neurol. Psychiat. 48, 237-248, 1980.
8. Cross, K.W., Ch. Hasall, D. Gath: "Psychiatric day-care - the new chronic population?" Brit. J. of Prev. Soc. Med. 26, 199-204, 1972.
9. Degkwitz, R. (Hrsg.): "Diagnosenschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten", dt. Ausg. d. internat. Klassifikation d. Krankheiten d. WHO, ICD, 9. Revision Kapitel V, Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1980.

10. Fährdrich, E., B. Mast: "Werden ältere psychiatrische Patienten zu schnell in Vollversorgungseinrichtungen verlegt?", Psychiat. Prax. 9, 81-84, 1982.
11. Falloon, I.R.H., J.L. Boid, Ch.W. McGill, J. Razani, H.B. Moss, A.M. Gilderman: "Family Management in the Prevention of Exacerbations of Schizophrenia", N. Engl. J. Med. 306, 1437-40, 1982.
12. Feighner, J.P., E. Robins, S.B. Guze, R.A. Woodruff, G. Winokur, R. Munoz: "Diagnostic criteria for use in psychiatric research.", Arch. gen. Psychiat. 26, 57-63, 1972.
13. Griesinger, W.: "Gesammelte Abhandlungen, Erster Band" Berlin, 1872.
- 13a. Gudman, J.E., M.F. Shore, B. Dickey: "Day hospitalization and an inn instead of inpatient care for psychiatric patients", N.Engl. J. Med., 308, 749-53, 1983.
14. Häfner, H., J. Klug: "First Evaluation of the Mannheim Community Mental Health Service" in: Strömgen, E. et al.: "Epidemiological Research as Basis for the Organization of Extramural Psychiatry", Munksgaard, Copenhagen, 1980.
15. Hailey, A.M.: "The new chronic psychiatric population", Brit. J. of Prev. Soc. Med., 28, 180-186, 1974.
- 15a. Hall, J.: "Assessment Procedures used in Studies on long-stay Patients", Brit. J. Psychiat. 135, 330-35, 1979.
- 15b. Hollingshead, A.B., F.C. Redlich: "Social class and mental illness", New York: J. Wiley, 1958.
16. Jakubaschk, J., W. Böker: "Fehlplazierung - ein Problem der psychiatrischen Versorgung", Schweizer Arch. für Neur. Neurochir. Psychiat. 127, 129-144, 1980.

17. Johnstone, E.C., D.G. Cunningham Owens, A. Gold, T.J. Crow und J.F. McMillan: "Institutionalization and the Defects of Schizophrenia", Brit. J. Psychiat., 139, 195-203, 1981.
18. Leff, J., L. Kuipers, R. Berkowitz, R. Eberlein-Vries, D. Sturgeon: "A Controlled Trial of Social Intervention in the Families of Schizophrenic Patients" Brit. J. Psychiat. 141, 121-134, 1982.
19. Magnus, R.V.: "The New Chronics", Brit. J. Psychiat., 113, 556-557, 1967.
- 19a. Lehrmann, Ch., H. Nußbaum: "Familienpflege - Fossil oder Fortschritt?", Psychiat. Praxis, 10, 49-55, 1983.
20. Mann, Sh.A., J. Sproule: "Reasons for a six months' stay", in: Wing, J.K., A.M. Hailey: "Evaluating a Community Psychiatric Service", Oxford University Press, 1972.
21. Mann, Sh.A., W. Cree: "New long-stay psychiatric patients: a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales, 1972/73", Psychological Medicine, 6, 606-616, 1976.
22. Mollica, R.F.: "From Asylum to Community", N. Engl. J. Med., 308, 367-73, 1983.
23. Schwarz, R., J. Michael: "Zum Konzept von (psychischer) Behinderung", Der Nervenarzt, 48, 656-62, 1977.
24. Troyan, A.: "Psychisch krank durch Etikettierung?" Urban und Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1978.
25. Walter, E.: "Biomathematik für Mediziner", Stuttgart: Teubner, 1980.

26. WHO: "Disability Assessment Schedule (DAS)", hrsg. von J. Michael und R. Schwarz, 1978.
27. WHO: "Impairments Rating Scale (IRS)", WHO Collaborative Study on Assessment and Reducting Psychiatric Disability, 1977 (unveröffentlicht).
28. Wing, J.K., J. Denham, A.B. Monroe: "The duration of stay in hospital of patients suffering from schizophrenia", J. of prev. soc. Med., 12, 145, 1959.
29. Wing, J.K., G.W. Brown: "Institutionalism and Schizophrenia", Cambridge University Press, London 1970.
30. Wing, J.K., J.E. Cooper, N. Satorius: "Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms" Cambridge University Press, London, 1974.
31. Wing, J.K.,: "Impairments in schizophrenia: A rational basis for social treatment", in: Wirt, R.D., C. Winokur, M. Roff: "Life History research in psychopathology";, Univ. Minnesota Press, Minneapolis, 1976.
32. Wing, J.K., J.E. Cooper, N. Sartorius: "Present State Examination" (PSE), Deutsche Bearbeitung M. v.Cranach, Beltz-Test GmbH, Weinheim, 1978.
33. Wing, J.K., J.E. Cooper, Nr. Sartorius: "Die Erfassung und Klassifikation psychiatrischer Symptome", Beschreibung und Glossar des PSE, Deutsche Bearbeitung M.v.Cranach, Beltz-Verlag, Weinheim und Basel, 1982.
34. Wing, J.K.: "Sozialpsychiatrie", Übers., bearb. u. erg. von P. Hartwich, Berlin-Heidelberg-New York: Springer, 1982.

Für die Überlassung des Themas der Arbeit und die Betreuung bin ich Herrn Dr. M. v. Cranach, Leiter des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren, sehr zu Dank verpflichtet.

Weiterhin möchte ich mich für Ratschläge und Unterstützung bei Planung bzw. Auswertung der Studie herzlich bei Dr. H. Leitner, Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren, und Dr. A. Strauss, Universitätsnervenklinik München, bedanken.

## L e b e n s l a u f

Am 27. Oktober 1959 wurde ich als erstes Kind von Dipl.-Ing. Heinz Göttling und seiner Ehefrau Marianne, geb. Rößle, in Augsburg geboren.

1963 zogen wir nach Krailling bei München, wo ich ab Sept. 1966 die Volksschule besuchte. Am Otto-von-Taube-Gymnasium in Gauting legte ich 1979 das Abitur ab.

Im Herbst desselben Jahres begann ich das Studium der Medizin an der Ludwig Maximilians-Universität in München.

Im Sommer 1981 legte ich die Ärztliche Vorprüfung und im Sommer 1982 den Ersten Teil der Ärztlichen Prüfung ab.

Seit Mai 1981 bin ich mit dem Arzt Dr. Peter Trenkwald verheiratet. Im März 1984 wurde unser Sohn Michael geboren.

Im Frühjahr 1985 legte ich den Zweiten Teil der ärztlichen Prüfung ab. Im Mai 1986 beendete ich das Studium der Medizin mit dem Dritten Teil der ärztlichen Prüfung.





